FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° 81

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. Louis MARRE

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Né à Saint-Martin-Labouval (Lot), le 15 mai 1881

TRAVAIL DU SERVICE ET DE LA CONSULTATION DE M. LE Dr A. MATHIEU

(HOPITAL SAINT-ANTOINE)

LES RÉACTIONS GÉNÉRALES D'ORIGINE COLIQUE

(ÉTUDE CLINIQUE)

Président : M. CHAUFFARD, *Professeur.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

UNIVERSITE DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. WIDAL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	MARIE (Pierre).
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT.
Clinique des Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	N.
Clinique chirurgicale	QUENU. RECLUS. SEGOND. DELBET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.			
BALTHAZARD.	DESGREZ.	LENORMANT.	PROUST.
BERNARD.	DUVAL.	LÉRI.	RATHERY.
BRANCA.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RETTERER.
BRINDEAU.	GRÉGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BROCA (André).	GUÉNIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY
BRUMPT.	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
CAMUS.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CARNOT.	JOUSSET.	MULON.	SICARD
CASTAIGNE.	LABBE.	NICLOUX.	TERRIEN.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBÉCOURT.	TIFFENEAU.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
COUVELAIRE.	LECENE.	OMBREDANNE	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS LES MIENS

A M. le Professeur CHAUFFARD

MÉDECIN DE L'HOPITAL COCHIN
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui m'a fait le très grand honneur de présider cette thèse.

A M. le Docteur Albert MATHIEU

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

A M. le Docteur Louis RÉNON

MÉDECIN DE L'HOPITAL NECKER
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

M. le Docteur OULMONT.
M. le Docteur SEVESTRE (*in memoriam*).
M. le Professeur Agrégé NÉLATON.
M. le Docteur H. LAMY (*in memoriam*).
M. le Professeur agrégé AUVRAY.

Internat

M. le Docteur POTHERAT.
M. le Docteur SEVESTRE (*in memoriam*).
MM. les Docteurs LESNÉ et BOULLOCHE.
M. le Docteur A. MATHIEU.
M. le Professeur agrégé L. RÉNON.

MM. SIREDEY, RENDU *in memoriam*)), NOBÉCOURT, GARNIER, DECLOUX, MICHEL, médecins des hôpitaux;

MM. les Professeurs agrégés OMBRÉDANNE, Pierre DUVAL, chirurgiens des hôpitaux;

MM. DOLÉRIS, FUNCK-BRENTANO, accoucheurs des hôpitaux;

MM. les Docteurs J. Ch. ROUX, LABOULAIS, DUBRISAY, LEURET.

A MES MAITRES DANS LES LABORATOIRES

M. le Docteur A. BÉCLÈRE (hopital Saint-Antoine), M. le Docteur JOLLY (Collège de France), MM. les Docteurs LORRAIN, BEAUVY, F. MOUTIER, E. GÉRAUDEL.

AVANT-PROPOS

J'ai eu l'honneur d'être en 1908-1909, à l'hôpital Saint-Antoine, l'interne de M. le docteur Albert Mathieu, qui a bien voulu depuis me conserver comme collaborateur. J'ai pu observer ainsi, dans un service spécialement organisé pour l'étude et le traitement des maladies de l'appareil digestif, nombre de troubles morbides en relations plus ou moins directes avec diverses affections gastro-intestinales.

Parmi ces troubles, il en est un certain nombre qui, d'apparence banale au premier abord, semblent bien, après un examen attentif, devoir être rattachés à des réactions d'origine intestinale et, plus particulièrement, colique.

Depuis longtemps déjà, M. A. Mathieu avait remarqué cette relation à propos de faits extrêmement nets qui avaient vivement attiré son attention. Un de ses élèves, M. Millon, frappé des mêmes coïncidences, avait déjà recueilli un certain nombre d'observations qu'il destinait à un travail d'ensemble sur les réactions d'origine colique. Il m'a communiqué cette série de documents avec un empressement et une obligeance dont je ne saurais trop le remercier. Les faits observés n'ayant pas paru à ce moment assez nombreux, le travail projeté fut momentanément abandonné.

Il fut repris en novembre 1909 dans une étude publiée

par MM. A. Mathieu et H. Millon (1) dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition.* Il fut développé plus longuement dans deux leçons encore inédites, faites par M. A. Mathieu, en février 1910, à l'hôpital Saint-Antoine. Depuis, des observations nouvelles ont été recueillies par M. A. Mathieu et par ses élèves au nombre desquels j'ai la bonne fortune de compter. Tout récemment enfin, nous avons, M. H. Millon et moi (2), apporté une dernière contribution au même sujet.

C'est l'ensemble des observations recueillies jusqu'à maintenant, que je me propose de réunir dans le présent travail. Les types cliniques qui s'en dégagent ne présentent certes pas toute la netteté désirable; ils se distinguent trop souvent fort mal de syndromes similaires qui ont une signification toute différente. Mais n'en est-il pas ainsi à l'heure actuelle pour une grosse part de la pathologie intestinale?

J'ai tenu à faire remarquer dès maintenant que cette étude, aussi mal présentée fut-elle, répondait, non à des faits hâtivement rassemblés, mais à des faits observés et recherchés depuis longtemps (3), sous la direction et le contrôle de M. A. Mathieu dont je suis heureux de pouvoir invoquer la grande expérience et l'autorité.

---

(1) A. Mathieu et H. Millon. Etude sur quelques formes cliniques de réaction colique: crises à forme d'indigestion grave et crises simulant l'appendicite chronique. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, nov. 1909.

(2) H. Millon et L. Marre. Les pertes de connaissance dans les réactions d'origine colique. *Ibid.*, nov. 1910.

(3) La première observation remonte à 1898.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

Sous la dénomination de *réactions d'origine colique*, nous entendons des troubles morbides de localisation diverse, transitoires, répétés, variables suivant les sujets, mais revêtant généralement le même type chez un sujet donné, et dont un critère clinique ou thérapeutique permet de démontrer l'origine colique.

Ces troubles, qui constituent de véritables crises, ne sont pas localisés au niveau du côlon, ni même au niveau du tube digestif. Ils affectent d'emblée une série d'appareils et ils intéressent l'état général à un point tel que leurs rapports avec les phénomènes intestinaux passent le plus souvent inaperçus et que les malades vont consulter leur médecin pour tout autre chose.

Comme toutes les crises, ils apparaissent d'ordinaire assez brusquement et disparaissent de même après avoir persisté pendant un temps assez court.

Ils se répètent en revanche à intervalles plus ou moins éloignés, mais sans périodicité régulière. Les crises successives sont généralement en effet du même type ; elles sont en tout cas assez semblables les unes aux autres pour que les médecins, sinon les malades, soient frappés

de cette similitude et leur cherchent dès lors une origine ou même une cause unique. Les sujets qui en sont atteints sont essentiellement des « *intestinaux* » et des « *nerveux* ».

Le rôle de l'intestin est démontré par un certain nombre de critères, de points de repère, qui n'ont pas tous la même valeur. Les plus caractéristiques, les seuls constants sont les débâcles diarrhéïques qui succèdent à une période de constipation plus ou moins longue et plus ou moins nette. A côté de ces débâcles, il faut citer les divers états colitiques, les crises entéralgiques, le spasme de l'intestin; il faut citer surtout les résultats obtenus par le traitement convenablement dirigé et suffisamment prolongé des états intestinaux. Cette épreuve du traitement peut être considérée comme une véritable pierre de touche au même titre que le traitement par les alcalins dans certains syndromes gastriques.

Il ne faut pas se dissimuler du reste que tous les critères n'ont qu'une valeur relative, purement clinique et qu'ils ne peuvent présenter une rigueur expérimentale. L'expérimentation ne pourrait fournir que des points de comparaison intéressants et elle nous paraît du reste bien difficile à réaliser. En revanche, l'observation cliniqne minutieuse et surtout prolongé, l'observation telle qu'il est possible de la poursuivre en dehors des milieux hospitaliers, nous paraît devoir préciser les points de repère déjà connus, en mettre de nouveaux en évidence et étendre le domaine des réactions d'origine colique tout en le délimitant plus nettement.

Certes, des erreurs d'interprétation pourront être rele-

vées dans les faits que nous rapportons; en même temps que des additions nombreuses, certaines soustractions s'imposeront. Nous croyons cependant pouvoir présenter dès maintenant une série de tableaux cliniques assez nets, une pathogénie logique et séduisante, une conclusion thérapeutique satisfaisante.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Nous dirions volontiers que l'historique est au complet dans l'avant-propos, aucune étude d'ensemble, aucune étude systématique des faits que nous avons en vue n'ayant été publiée avant le travail de MM. A. Mathieu et H. Millon. Il est même étonnant, remarque M. Mathieu dans une de ses leçons, que ces accidents n'aient pas retenu davantage l'attention des cliniciens. Ils sont en effet extrêmement fréquents, ils sont signalés dans la plupart des articles et des publications qui traitent de la constipation et de la colite muco-membraneuse, mais leur description n'est qu'ébauchée, un lien de cause à effet n'est pas toujours établi nettement entre l'état colique et les réactions observées.

On a connu de tout temps les rapports de la névropathie et de la constipation et on a discuté à perte de vue sur le point de savoir si la constipation était cause ou effet de l'hypocondrie. Plus récemment, les mêmes discussions se sont reproduites au sujet de la neurasthénie et Gilles de la Tourette considérait même la constipation comme faisant partie intégrante des états neurasthéniques.

A l'article constipation, les traités classiques, surtout les plus récents, sont soit muets, soit très brefs au sujet

des accidents que nous avons en vue. Villemin (1), de Vichy, signale cependant à la suite des grandes débâcles diarrhéiques, des lipothymies et même des syncopes. Il attribue ces phénomèes à l'afflux sanguin qui se produit vers l'abdomen après une déplétion intestinale brusque et à l'anémie cérébrale consécutive. M. Sallard (2) dit également que les évacuations rapides et copieuses survenant après une période de constipation s'accompagnent parfois de malaise, d'anéantissement susceptible d'aller jusqu'à la syncope. M. Lœper (3), dans un article tout à fait récent, dit seulement qu'on peut observer dans ces conditions « des phénomènes de dyspnée, d'angine de poitrine, de syncope, etc. »

Au cours des colites chroniques en général et des colites muco-membraneuses en particulier, les phénomènes dus à des réactions coliques ont été signalés par les auteurs en bien plus grand nombre et avec beaucoup plus de détails.

Potain (4) mentionne une série de troubles réflexes se produisant d'autant plus facilement que les lésions sont plus superficielles. Ces troubles varient essentiellement avec les individus : phénomènes dyspnéiques, signes d'insuffisance tricuspidienne passagère, douleurs précordiales aiguës de type angineux, tremblements généralisés et vertiges.

Mercier (5) signale de son côté de la céphalée et des accès de migraine.

(1) Villemin. Article constipation, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1876.

(2) Article constipation, in *Manuel de* Debove et Achard, T. 5, p. 593.

(3) Lœper. Article constipation, in *Manuel des Maladies du tube digestif de* Debove, Achard et Castaigne, t. II, p. 409.

(4) Potain. De la colite chronique. *Semaine médicale*, 1887, p. 341.

(5) Mercier. *De la colite chronique*. Thèse de Paris, 1888.

Nous trouvons, de tous ces faits, une description plus complète, même un critère diagnostique et une explication pathogénique, dans un article de M. M. de Langenhagen (1), de Plombières. « Un certain nombre de malades, dit-il, présentent des troubles réflexes plus ou moins intenses, réflexes partis de l'intestin ou de l'estomac irrités, et allant, par l'intermédiaire du bulbe, puis du pneumogastrique et du sympathique, retentir sur les organes les plus divers.

Le cœur est un des sièges de prédilection de ces réflexes : c'est ainsi qu'on voit survenir, après les repas, des accès de palpitations plus ou moins violents : d'autres fois, il y a de l'arythmie, des intermittences, de véritables faux pas du cœur; enfin, les crises de pseudo-angine de poitrine ne sont pas rares. Ce qui montre bien que ces différents phénomènes sont en corrélation avec l'acte digestif, c'est qu'ils se terminent ordinairement soit par une évacuation stercorale, soit par une série de renvois gazeux, après lesquels les malades sont soulagés.

Les filets terminaux du vague dans les poumons paraissent aussi pouvoir être intéressés, car j'ai noté très souvent des sortes de crises analogues à l'asthme. Il n'est pas jusqu'aux terminaisons de pneumogastrique dans l'œsophage qui ne puissent fournir leur contingent et provoquer de l'œsophagisme..., non au passage des aliments, bien entendu, mais après les repas. Dans le domaine du sympathique, mentionnons les troubles vaso-moteurs... qui suivent l'ingestion des aliments, les sueurs, éblouissements, vertiges, etc. Quelquefois, il s'agit seulement d'une

(1) M. DE LANGENHAGEN. L'entéro-colite muco-membraneuse : symptômes, étiologie et traitement. *Semaine médicale*, 1898, p. 1.

sorte de malaise général indéfinissable, accompagné d'un état nauséeux ».

Nous avons tenu à reproduire presque in extenso ce passage de M. de Langenhagen qui constitue une esquisse très exacte des réactions d'origine intestinale susceptibles de se produire au cours de la colite muco-membraneuse.

M. Froussard (1) rapporte des accidents analogues dans sa thèse : tremblement généralisé pendant les digestions, sensation de lassitude pouvant aller jusqu'à la syncope ; crises entéralgiques avec pâleur de la face, refroidissement des extrémités, anxiété. Il ne signale qu'une fois des vomissements, alors que M. Mathieu et ses élèves les ont observés, au contraire, avec une fréquence extrême et qu'ils lui attribuent une importance particulière.

Tout récemment enfin, M. Guilloire (2), dans sa thèse inspirée par M. Loeper, décrit les phénomènes angio-spasmodiques de l'entéro-colite muco-membraneuse. Il relève ainsi des troubles du rythme cardiaque (bradycardie, arythmie, intermittences, tachycardie), des troubles subjectifs (palpitations, angine de poitrine), des troubles pulmonaires avec dilatation cardiaque et insuffisance tricuspidienne, des troubles vasculaires variés par spasme des vaso-moteurs.

Les médecins d'enfants, de leur côté, ont été frappés des relations qui existent entre la colite muco-membraneuse infantile d'une part et, d'autre part, toute une série d'accidents nerveux ou même ces vomissements périodiques dont la pathogénie est encore si obscure. M. Miral-

(1) Froussard. *L'entéro-colite muco-membraneuse*. Thèse de Paris, 1900.
(2) Guilloire. *La forme angio-spasmodique de l'entéro-colite muco-membraneuse*, Thèse de Paris, 1908.

lié (1) rapporte ainsi un certain nombre d'observations dans lesquelles sont décrits, au cours de l'entéro-colite, les phénomènes suivants : agitation et terreurs nocturnes, modifications du caractère, retard de développement du système nerveux, migraines, convulsions et épilepsie, chorée, méningisme. Ces accidents s'atténuent ou disparaissent à la suite d'un traitement dirigé contre la colite. M. Mirallié, rejetant la théorie de l'intoxication, les attribue plutôt à des phénomènes réflexes qui se produisent avec une extrême facilité chez des enfants prédisposés, nerveux, prêts à vibrer à la moindre sollicitation.

De son côté, M. Ausset (2) a attiré l'attention sur la parenté des vomissements périodiques de l'enfance avec l'entéro-colite muco-membraneuse. Les vomissements ne seraient qu'un épiphénomène au cours de cette dernière affection; ils coïncideraient souvent avec les débâcles intestinales consécutives aux périodes de rétention et seraient dus à des phénomènes d'intoxication. MM. Méry, Guillemot et Génévrier (3) considèrent également les vomissements périodiques des enfants, comme étant le résultat d'une double intoxication, d'origine digestive et par insuffisance hépatique. M. Méry (4) a même rapporté à la Société de Pédiatrie le cas d'un enfant qui, à la période d'atténuation d'une crise de vomissements paroxystiques,

(1) Mirallié. Les accidents nerveux de l'entéro-colite muco-membraneuse infantile. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, mars 1907.

(2) Ausset. Les vomissements périodiques de l'enfance; leur parenté avec l'entéro-colite muco-membraneuse. Étude étiologique et pathogénique. *Bull. de la Société de Pédiatrie*, 20 nov. 1906, p. 346.

(3) H. Méry, Guillemot, Génévrier. In *La Pratique des maladies des enfants*, t. II, p. 385.

(4) H. Méry. Sur une forme d'intoxication intestinale avec constipation (choléra sec). *Bull. de la Société de Pédiatrie*, 13 juin 1899, p. 105.

présenta, *peu après une débâcle fécale particulièrement* fétide, des phénomènes généraux graves rappelant le choléra sec, et qui se terminèrent rapidement par la mort. Il attribue ces accidents à des phénomènes infectieux.

De l'historique forcément incomplet que nous venons de faire, il résulte bien que la plupart des accidents d'origine colique qui font l'objet de ce travail ont été mentionnés par les auteurs au cours de la colite muco-membraneuse. Mais ils n'ont été mentionnés qu'à titre d'épiphénomène, les divers types cliniques n'ont pas été mis en évidence, aucune étude d'ensemble n'en a été faite en dehors des publications de M. Mathieu.

CHAPITRE III

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

Les réactions d'origine colique peuvent revêtir des types cliniques extrêmement variés que nous n'avons ni l'intention ni la possibilité de passer tous en revue. Nous indiquerons seulement ceux qui nous ont paru les plus fréquents ou les plus nets. Afin de donner à notre description le plus de clarté possible, nous irons, à l'exemple de M. Mathieu, des faits simples et typiques aux faits complexes et vagues, les premiers devant aider à la compréhension et à l'interprétation des seconds.

Les faits simples sont ceux qui sont isolés de tout état morbide antérieur ou consécutif; les faits complexes sont au contraire ceux qui surviennent au cours d'un état morbide permanent à titre de crises paroxystiques. Les faits typiques sont ceux dont l'origine colique est démontrée par un critère indiscutable, en particulier par une débâcle intestinale succédant à une période de rétention plus ou moins évidente. Les faits atypiques ou vagues sont des crises frustes que l'on peut, par analogie, considérer comme des réactions d'origine colique, mais qui ne s'accompagnent pas d'un critère suffisant.

Nous décrirons donc successivement :

1° Les crises typiques avec phénomènes d'indigestion gastro-intestinales;

2° Les variantes et équivalents cliniques de ces crises;

3° Les crises complexes survenant au cours d'un état colitique permanent;

4° Les crises frustes, dont l'origine colique, totale ou partielle, est probable mais insuffisamment démontrée.

Autant que possible, nous exposerons dans chaque cas la modalité et l'évolution de la crise, nous dirons ensuite quelques mots du diagnostic différentiel des crises coliques avec les accidents qu'elles peuvent simuler; nous ferons suivre cet exposé des observations d'après lesquelles il aura été établi. Nous réserverons pour un chapitre ultérieur l'étude d'ensemble des différents critères qui permettent d'incriminer le côlon.

§ 1. — Crises typiques avec phénomènes d'indigestion gastro-intestinale.

Ce sont les faits de ce genre, isolés de tout état gastrique, colitique ou névropathique permanent, qui sont les plus nets, les plus faciles à interprêter; c'est à eux que MM. Mathieu et Millon ont consacré la première étude d'ensemble. Ils peuvent revêtir la forme d'indigestion simple, d'indigestion grave avec perte de connaissance, d'indigestion avec vomissement paroxystiques.

A. — Crises à forme d'indigestion simple.

DESCRIPTION

Mode de début. — Il s'agit en général de sujets atteints

depuis longtemps déjà, parfois même « depuis toujours », d'une constipation plus ou moins rebelle et plus ou moins évidente. Tantôt les selles sont franchement difficiles, rares et dures ; tantôt elles sont quotidiennes mais insuffisantes ; tantôt enfin la constipation est masquée par un état habituel de fausse diarrhée qui peut en imposer à un observateur superficiel pour de la diarrhée vraie. Dans un très grand nombre de cas du reste, les malades ne s'inquiètent pas de cette constipation, soit qu'ils n'en ressentent aucun malaise, soit qu'ils la considèrent comme leur état normal, soit enfin qu'ils la méconnaissent et croient être des diarrhéiques.

La constipation s'accentue d'ordinaire dans les jours qui précèdent l'apparition de la crise, mais ce fait n'est pas absolument constant et passe en tout cas facilement inaperçu non seulement des malades mais encore des médecins. Un interrogatoire précis permet cependant de révéler dès cette période des troubles généraux extrêmement vagues qui constituent un état de malaise plus ou moins accentué.

Quoi qu'il en soit, le début de la crise paraît généralement brusque et surprend le malade qui n'a pas été averti par des symptômes précurseurs. Ce début se fait dans deux conditions bien différentes, soit au cours même d'un repas, soit au milieu de la nuit vers deux ou trois heures du matin (nous dirons tout à l'heure pourquoi). Le malade éprouve tout d'un coup une sensation de malaise général indéfinissable qui le tire de son sommeil, un état nauséeux spécial qui lui fait interrompre son repas. Lorsqu'il est observateur et qu'il a eu déjà une série de

crises, il se rend compte alors, mais alors seulement, de ce qui va se produire.

Etat. — Très rapidement la crise arrive à son acmé : il survient des phénomènes généraux semblables à ceux que l'on observe dans l'indigestion grave, puis des signes fonctionnels gastro-intestinaux qui donnent à la crise son véritable caractère. Le malade présente de la pâleur de la face, des sueurs généralisées, du refroidissement des extrémités ; il a la sensation d'avoir un brouillard devant les yeux, il accuse des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, de la céphalée, une angoisse très pénible enfin. Le pouls est rapide, petit, misérable, mais reste généralement régulier.

Au bout de quelques minutes, les vomissements surviennent : d'abord alimentaires si les accidents ont débuté au cours du repas, ou si l'estomac n'est pas entièrement vidée, ensuite muqueux, enfin bilieux. Ces vomissements s'accompagnent de nausées, ils sont pénibles, peu abondants et répétés.

Ils s'accompagnent aussi de douleurs abdominales, de coliques plus ou moins vives, qui aboutissent rapidement à une véritable débâcle. Coliques et débâcle peuvent survenir d'emblée, en même temps que les phénomènes généraux du début, elle peuvent se produire en même temps que les vomissements, mais elles apparaissent le plus souvent après eux. Les douleurs sont plus ou moins violentes. Tantôt elles sont assez intenses ; tantôt, et plus souvent, elles sont modérées, elles se réduisent à un besoin impérieux et pressant d'aller à la selle.

Au moment où se produisait ces envies impérieuses d'aller à la selle, les douleurs abdominales et surtout les phénomènes généraux s'exaspèrent : les malades pâlissent davantage, leurs traits se tirent, les sueurs froides reparaissent ou augmentent d'intensité et s'accompagnent parfois de frissons, la vue se trouble complètement, les bourdonnements d'oreilles et les vertiges redoublent, l'angoisse s'accroît, le malade est prêt à se trouver mal. L'intensité de ces phénomènes généraux, très variable suivant les cas, n'est nullement en rapport direct avec l'intensité des phénomènes douloureux qui peuvent rester très légers. Cet état dure peu d'ailleurs : l'évacuation fécale est toujours suivie d'une rémission très marquée des phénomènes généraux et fonctionnels qui peuvent même disparaître complètement.

Les selles présentent l'aspect typique des débâcles intestinales ; d'abord entièrement dures, elles sont constituées ensuite par des fragments solides et durs noyés dans un liquide plus ou moins abondant, elles sont enfin entièrement liquides. Elles sont en outre d'ordinaire très fétides ; elles sont abondantes et répétées, l'abondance variant d'ailleurs en raison inverse de la répétition. La plupart des malades évacuent deux ou trois selles successives au cours desquelles les phénomènes fonctionnels et généraux que nous avons décrits se reproduisent suivant le même type, mais avec une intensité décroissante. Quelques-uns cependant n'ont qu'une seule selle, mais cette selle est extrêmement copieuse et représente une quantité de matières équivalente à celles que d'autres évacuent en deux ou trois fois.

L'examen local ne révèle rien de particulier, sauf une sensibilité plus vive, parfois une douleur véritable, soit le long du gros intestin tout entier, soit en un point déterminé de son trajet. Cette douleur à la pression persiste du reste quelque temps après la fin de la crise.

Evolution. — La durée de celle-ci ne dépasse pas d'ordinaire quatre ou cinq heures pendant lesquelles on note régulièrement des paroxysmes au moment des selles, des périodes d'accalmie entre les selles. Ainsi que nous l'avons déjà dit, les paroxysmes diminuent progressivement d'intensité et ne se reproduisent plus lorsque la série des débâcles est terminée. A ce moment, les malades éprouvent un *bien être* relatif très appréciable et conservent seulement pendant quelques jours une fatigue qui persiste plus ou moins longtemps suivant les sujets, les jeunes étant d'ordinaire beaucoup plus vite remis que les vieux. Du reste cette fatigue est toujours minime et n'est nullement comparable aux phénomènes généraux si intenses qui se sont manifestés pendant la crise.

Les crises elles-mêmes se répètent à intervalles plus ou moins éloignés et d'ailleurs sans périodicité régulière marquée. Elles peuvent se produire deux ou trois fois par an seulement dans certains cas, deux ou trois fois par semaine ou même tous les jours dans d'autres. Peut être ces crises si fréquentes ne sont-elles pas d'origine colique pure, de même que les accès migrainoïdes très fréquents ne sont généralement pas considérés comme des accès de migraine. Il arrive assez souvent qu'après avoir été rela-

tivement très espacées elles tendent à se rapprocher de plus en plus. Dans ces conditions, elles rendent véritablement la vie impossible et deviennent le point de départ d'un état neurasthénique plus ou moins grave.

Horaire des crises. — Nous avons dit que les accidents débutaient d'ordinaire soit au cours même des repas, soit au milieu de la nuit, vers deux ou trois heures du matin. Il est facile, à la réflexion, de donner de ces horaires une explication suffisante. Les accidents qui surviennent au cours même du repas s'expliquent par la mise en mouvement du gros intestin à la suite des mouvements péristaltiques de l'estomac. Cette mise en mouvement est physiologique chez les nourrissons qui vont généralement à la selle après leurs tétées ; elle est physiologique aussi chez les adultes dont beaucoup vont régulièrement à la selle à la suite d'un des deux principaux repas ; elle est pathologique par son exagération même chez les sujets dont le côlon est particulièrement susceptible.

Quant aux accidents tardifs, à ceux qui surviennent en général vers deux ou trois heures du matin, ils sont peut-être consécutifs à l'excitation directe d'un côlon trop irritable par la masse alimentaire au moment de son arrivée dans le cœcum. Les recherches radioscopiques, en particulier celles de M. A. Hertz (1), ont montré, en effet, qu'à la suite d'un repas les aliments arrivent dans le cœcum en moyenne au bout de quatre heures et demie. Elles ont montré également que les matières s'accumulent ensuite dans le côlon où elles ne progressent que très lentement.

(1) A. Hertz. Etudes sur les mouvements de l'intestin humain. *Arch. des mal. de l'app. digestif et de la nutrition*, mars 1908, p. 132.

En résumé, accidents déclenchés par l'excitation directe ou indirecte du côlon, et qui se déroulent de la façon suivante : phénomènes généraux rapidement intenses et, bientôt après, vomissements, coliques, envie impérieuse d'aller à la selle, débâcle fécale. C'est la débâcle qui donne à la crise son caractère spécial, qui indique l'origine colique des accidents.

Diagnostic. — Le tableau clinique que nous venons de décrire est, à première vue, celui d'une indigestion grave, et pourtant il ne s'agit nullement d'indigestion, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par l'analyse minutieuse des commémoratifs et des symptômes observés.

Les malades qui présentent des accidents d'indigestion vraie ont généralement ingéré soit une quantité excessive d'aliments, soit des aliments de qualité douteuse tels que gibier faisandé, conserves avariées, charcuterie, etc. Souvent même les accidents frappent — avec une intensité d'ailleurs variable — toutes les personnes qui ont commis la même erreur alimentaire quantitative ou qualitative. Les nausées et les vomissements sont les premiers phénomènes en date ; les coliques et la diarrhée ne surviennent qu'après eux et manquent même parfois. Enfin les selles sont véritablement diarrhéiques et traduisent, suivant l'expression de M. Mathieu, une purgation rapide, une hyperpurgation par intoxication. Les matières évacuées sont liquides ; elles renferment en suspension des fragments alimentaires non digérés, plus ou moins volumineux, qui ont évidemment parcouru l'intestin avec une rapidité excessive.

Les crises d'origine colique à forme d'indigestion ne se déroulent jamais suivant le mode qui vient d'être indiqué. Les accidents ne peuvent généralement pas être rattachés à un excès alimentaire de quelque nature qu'il soit. Ils surviennent en général chez des sujets dont la susceptibilité intestinale exige une sobriété continue. Ils surviennent souvent en outre au cours même du repas, c'est-à-dire à un moment où des accidents d'indigestion vraie n'auraient pas encore pu éclater. Ils exigent une prédisposition individuelle assez marquée et n'atteignent jamais que des individus isolés. Ils peuvent bien débuter par des nausées ou des vomissements ; mais ce sont parfois les phénomènes intestinaux, coliques et débâcle, qui ouvrent la scène, précédant ainsi les phénomènes gastriques. Enfin, les débâcles ne sont pas diarrhéiques à proprement parler, mais pseudo-diarrhéiques. Les selles sont d'abord dures, elles deviennent liquides ultérieurement ; elles sont fortement colorées et extrêmement fétides. Les matières qui les constituent, bien loin d'avoir effectué la traversée intestinale avec une vitesse exagérée, ont été retenues dans le côlon un temps plus ou moins long, au cours de la période de rétention qui a précédé la débâcle.

Nous reviendrons, dans un chapitre spécial, sur les caractères coprologiques de la diarrhée vraie et de la débâcle pseudo-diarrhéique ; mais nous avons cru utile de souligner dès maintenant leurs signes propres afin de mieux différencier l'indigestion vraie de la fausse indigestion par réaction colique, qu'il nous paraît vraiment très légitime d'opposer l'une à l'autre.

Observations

Voici maintenant une série d'observations se rapportant aux faits que nous venons de décrire.

Obs. I. (A. Mathieu et H. Millon).

Malade de 50 ans, présentant un léger degré de nervosisme, quelques stigmates de neurasthénie (fatigue au réveil, céphalées fréquentes) et quelques troubles dyspeptiques (pesanteur et somnolence après les repas). Constipée de façon habituelle depuis l'enfance, elle passe souvent deux ou trois jours sans aller à la selle, mais elle n'a jamais constaté dans ses matières la présence de glaires ou de muco-membranes. Aussi s'est-elle désintéressée de sa constipation.

Elle est cependant sujette depuis sept ou huit ans à des crises d'origine intestinale qui revêtent deux types différents suivant qu'elles surviennent au moment des repas ou en dehors de la période digestive. Les accidents survenant en dehors de la période digestive ont un horaire à peu près fixe et se produisent habituellement entre 4 et 6 heures du matin. La malade est réveillée par une sensation de malaise abdominal, puis surviennent des nausées, des sueurs froides et une sensation de défaillance. La face est pâle, les traits sont tirés, le pouls est très faible, mais il n'y a jamais eu de véritable syncope. Parfois la crise s'arrête là, la malade se remet petit à petit et a, une heure après, une petite débâcle diarrhéique. Dans les crises plus fortes, la débâcle survient presque en même temps que les malaises et s'accompagne de douleurs intestinales vives. Tout le gros intestin est douloureux spontanément et à la pression, en particulier le cœcum et le côlon transverse. La malade fait en outre des efforts de vomissements et rend une ou deux gorgées de liquide fortement teinté par la bile. Elle évacue, pendant les deux ou trois heures que dure la crise, trois ou quatre selles très fétides, d'abord liquides avec matières dures, puis entièrement liquides. Le lendemain elle a un peu de fatigue, mais elle éprouve ensuite quelques jours de bien-être.

Lorsque les crises surviennent au moment des repas, elles débu-

tent dès les premières bouchées par un vomissement alimentaire. A cela près, elles sont analogues à celles décrites plus haut.

La malade a commencé par avoir des crises espacées (trois ou quatre par an). Ces crises se sont rapprochées peu à peu et elles se reproduisent maintenant jusqu'à deux fois en un mois.

L'examen montre qu'il n'existe pas de stase gastrique ; la sécrétion gastrique est voisine de la normale, avec hyperchlorhydrie très légère ; on trouve, même en dehors des crises, une corde colique descendante assez nette ; enfin le rein droit est un peu abaissé.

Traitement. — La malade est mise d'abord au régime ovo-lacto-végétarien ; au bout d'un mois, elle est autorisée à reprendre de la viande au repas de midi. Contre la constipation, elle fait pendant quinze jours une cure de sel de Carlsbad, elle prend ensuite de l'huile de ricin à petite dose (une cuillerée à café). Sous l'influence de ce traitement les crises disparaissent (il n'en est plus survenu qu'une seule d'ailleurs fort atténuée), les selles se régularisent, l'état général s'améliore, la malade engraisse. Revue trois ans après, celle-ci déclare que les crises n'ont pas reparu, que les selles sont restées régulières, que l'état général n'a pas été altéré à nouveau.

Obs. II. (A. Mathieu et H. Millon)

Mme V..., couturière, 25 ans.

Mère atteinte de rhumatisme déformant.

Aucune maladie. Pas de grossesse. Bien réglée. Nervosisme marqué. Sensation de boule rétrosternale. Pas de grandes crises nerveuses, mais crises de larmes. Elle est habituellement constipée et peut passer trois ou quatre jours sans aller à la selle.

Les crises débutent brusquement par un vomissement et des vertiges. Elle fait beaucoup d'efforts pour vomir. Les vomissements sont d'abord pituiteux, puis alimentaires, puis bilieux. Les crises de vomissements peuvent durer plusieurs jours, et ne s'accompagnent pas de douleurs gastriques, mais la malade a en même temps des vertiges. Toujours les crises de vomissements sont précédées par une débâcle. La première crise date d'un an. Elles sur-

viennent irrégulièrement, une fois par mois en moyenne, sans aucun rapport avec les règles. Dans l'intervalle des crises, les selles sont pâteuses.

Traitement. — Régime lacto-végétarien.

Obs. III. (A. Mathieu et H. Millon).

Mlle M..., 16 ans et demi. Se nourrit presque exclusivement de viande, d'œufs, de lait et de pain, sans légumes d'aucune sorte. Constipée depuis six mois : selles tous les trois ou quatre jours, ovillées, recouvertes de peaux et de glaires.

Elle a eu à plusieurs reprises des douleurs intestinales assez violentes, s'accompagnant de vomissements alimentaires ou simplement muqueux. Pas de douleur au point de Mac Burney.

Les crises de douleurs et de vomissements disparurent lorsqu'un régime végétarien eût fait cesser la constipation.

Obs IV. (Inédite, due à l'obligeance de M. H. Millon).

M. D..., 23 ans, a eu vers l'âge de 12 ans, une crise considérée comme une colique appendiculaire, suivie de quatre ou cinq poussées qui se sont éteintes après une cure à Plombières.

C'est un neurasthénique avéré, souffrant d'une céphalée frontale à prédominance droite sans points douloureux bien nets. Il accuse un état de dépression très marqué au réveil ; il se fatigue vite et est incapable d'un effort intellectuel suivi.

Depuis sept ans, il souffre d'une dyspepsie sensitivo-motrice, avec pesanteur et ballonnement abdominal après le repas.

De temps en temps, il souffre de crampes à siège péri-ombilical et qui n'ont aucun rapport avec les repas, puisqu'elles surviennent souvent à jeun.

Il a des selles journalières mais dures et se présentant parfois sous la forme de scybales. Parfois aussi il souffre d'un peu de diarrhée.

Depuis l'âge de 19 ans, son état s'est compliqué par suite de l'apparition de certains malaises qui surviennent par crises, cinq ou six fois par an.

Le plus souvent après un repas, le malade est pris brusquement d'un état nauséeux avec malaise général, angoisse, sensation de froid, sueurs froides, léger obscurcissement de la vue, pâleur de la face. Aucune sensation de vertige ou de bourdonnements d'oreille n'est observée.

Le malade ne ressent à ce moment aucune sorte de douleur intestinale, mais, peu après le début de la crise, survient brusquement une diarrhée impérieuse; des selles liquides, abondantes, nauséabondes sont émises en une seule fois le plus souvent; elles sont accompagnées d'un vomissement alimentaire très amer.

Cette crise dure environ trois quarts d'heure et laisse après elle une sensation très marquée de fatigue.

La dernière crise observée est survenue à 11 heures du soir, pour prendre fin vers 9 heures du matin. Elle a été accompagnée des mêmes symptômes, sauf le vomissement. On a trouvé pendant cinq ou six jours des traces nettes, mais de plus en plus faibles d'indican dans les urines.

Traité par un régime alimentaire sévère et le sulfate de soude à petites doses répétées, le malade voit son état s'améliorer et les crises s'atténuer.

Obs. V (Inédite, due à l'obligeance de M. Laboulais).

M. R.. , 26 ans, souffre depuis deux ans, à la suite d'une suralimentation prolongée, d'une diarrhée entraînant deux selles quotidiennes, l'une liquide, l'autre solide.

En août 1909, il a commencé à avoir des douleurs abdominales extrêmement intenses, survenant soit vers 3 heures de l'après-midi, soit la nuit vers 2 heures du matin. Ces douleurs sont accompagnées de nausées et même de vomissements alimentaires et bilieux qui apparaissent environ deux heures après le début de la crise douloureuse et terminent cette crise. A ce moment le malade est pris d'une envie impérieuse d'aller à la selle, mais ne peut rien évacuer.

En janvier 1909, une crise plus intense survient, qui décide le malade à se présenter à la consultation spéciale de Saint-Antoine.

Il souffre de douleurs très fortes, présente des vomissements et fait alors une débâcle diarrhéique avec selles liquides et glaireuses. Ces crises se reproduisent à peu près tous les dix jours, elles durent quatre à cinq heures. Dans leur intervalle le malade est très constipé, mais sauf cela se porte bien. Cependant pour éviter les douleurs, il a restreint son alimentation et a maigri d'une façon appréciable.

L'examen révèle une corde colique sensible, surtout marquée au niveau du côlon transverse.

Reçu dans le service du Dr Mathieu pour y être suivi, le malade sort vingt-quatre heures après son entrée et est perdu de vue.

Obs. VI (Inédite. Laboulais).

Mme F..., 30 ans, se présente à la consultation spéciale de Saint-Antoine le 26 mai 1910.

Elle souffre de douleurs gastriques et abdominales depuis le mois de décembre 1909 et a été soignée à cette époque pour une grippe intestinale.

Elle accuse surtout des douleurs après le repas du soir : Dix minutes environ après la fin du repas, elle ressent au niveau du creux épigastrique une vive cuisson qui se propage bientôt à tout l'abdomen ; en même temps le ventre se ballonne un peu et des gargouillements intestinaux se font entendre.

Cette sensation douloureuse et ces phénomènes se prolongent jusqu'à ce que survienne une selle qui termine la crise. La selle est complètement liquide et ne contient pas traces de glaires ou de peaux, pas plus que de sang. La nuit est généralement calme et n'est troublée par aucune douleur.

Le matin au réveil, la malade va de nouveau à la selle. Mais cette fois l'aspect de la garde-robe est tout différent ; la première partie de la selle est solide, dure même, le reste est plus mou. Dans l'ensemble les fèces sont d'aspect solide, parfois cependant elles sont liquides et contiennent des débris de scybales.

La malade ne se plaint d'aucune autre douleur et ne signale aucun trouble gastrique.

En quatre mois, elle a maigri de 4 kilos. Elle a conservé son appétit, mais a restreint volontairement son alimentation pour éviter les crises douloureuses. Elle a en particulier supprimé le lait qui lui donne la diarrhée.

A l'examen on constate une corde colique descendante, un cœcum contractile. La sensibilité épigastrique est assez accusée.

Le rein droit est abaissé et un peu douloureux.

Le foie est un peu gros.

Après régime de Schmidt, les selles sont molles, peu aérées, de couleur jaune et d'aspect pâteux.

Macroscopiquement, elles ne paraissent pas renfermer de mucus, mais elles renferment en revanche du tissu conjonctif en grande abondance.

Microscopiquement, on trouve des fibres musculaires nombreuses et assez mal digérées; on ne trouve que quelques cellules de pomme de terre sans amidon.

La réaction des fèces est alcaline, la recherche du sang par le procédé de Weber est négative, l'épreuve par le sublimé donne un résultat normal.

La malade est mise au régime des pâtes et purées; on lui prescrit en outre du sulfate de soude à petites doses journalières. En juin et en juillet son état s'était sensiblement amélioré.

Obs. VII (Inédite. Laboulais).

Mlle C... 18 ans, souffre depuis deux ans dans le flanc droit d'une douleur survenue à la suite d'un traumatisme. Cette douleur, intermittente, est parfois très intense et s'accompagne de vertiges et de sueurs. Elle est provoquée par la marche et par la course.

L'état général de la malade est bon; elle mange et digère bien, n'a jamais de diarrhée ni de vomissements, mais souffre d'un état habituel de constipation.

Vers le 20 décembre 1909, huit jours avant qu'elle ne vienne à l'hô-

pital, elle a été prise, après de violentes coliques généralisées, d'une crise intense de diarrhée avec selles survenant toutes les 5 à 10 minutes. Cette débâcle se prolongeant pendant plusieurs jours, la malade se décide à venir à la consultation spéciale de l'hôpital Saint-Antoine.

L'examen, pratiqué à ce moment, montre un abdomen souple et ne présentant aucune défense musculaire. On trouve une corde colique généralisée, mais non douloureuse et un léger gargouillement du cæcum. La région de Mac Burney n'est pas douloureuse.

Les selles sont homogènes et ne contiennent que peu de mucus.

Revue dix jours après, la malade se plaint d'une nouvelle crise diarrhéique, analogue à la première, également précédée de coliques mais accompagnée cette fois d'un violent état nauséeux sans vomissements cependant.

Le côlon transverse est trouvé très contracturé de même que le cœcum qui affecte la forme d'un boudin.

Revue à différentes reprises en janvier, février et mars 1910, la malade déclare que ses crises se sont atténuées progressivement sous l'influence du régime. On a constaté également la disparition progressive de la contracture cæcale et l'atténuation marquée de la constipation.

Obs. VIII (Inédite. Personnelle).

M. L... 14 ans, se présente à la consultation spéciale de Saint-Antoine, le 2 août 1910.

C'est un jeune homme généralement bien portant qui n'a eu comme maladie grave qu'une bronchite, à l'âge de 8 ans.

Il y a quatre ans, vers l'âge de dix ans et demi, il a fait une crise douloureuse diagnostiquée « gastro entérite » par un médecin. Cette crise a été caractérisée par de fortes douleurs abdominales, de la diarrhée et des vomissements. Elle n'a pas été accompagnée de fièvre et s'est terminée en quinze jours sans laisser aucune trace. Six mois plus tard, le malade présente une crise identique. Dix-huit mois après, une troisième, une quatrième et une cinquième crise semblables sont observées au cours d'un même hiver.

Dans l'intervalle de ces poussées, le malade se porte bien, mais souffre d'une constipation habituelle et rebelle.

Quinze jours avant le moment où il se présente à la consultation, et après deux ou trois jours d'état nauséeux dû probablement à une constipation prolongée pendant six jours, le malade se purge et rend une selle composée de matières très dures.

Quelques heures après il est pris brusquement de douleurs extrêmement vives à siège abdominal, occupant une large bande transversale située au niveau de l'ombilic. Puis il se met à vomir de la bile et des petites masses d'une matière brune, dure, à odeur un peu fade qui sont probablement des parcelles alimentaires teintées par la bile.

Ces vomissements se prolongent ainsi pendant toute une nuit. Les douleurs sont plus tenaces et durent trois ou quatre jours. A aucun moment on ne peut noter de fièvre.

Le malade se présente à la consultation à la fin de la crise. Il ne souffre plus, a maigri un peu et a encore la mine assez mauvaise.

A l'examen on ne constate rien d'anormal. La palpation de l'abdomen n'est douloureuse en aucun point et en particulier pas au niveau de la fosse iliaque droite.

Mis au régime végétarien atténué et au sulfate de soude à petites doses, le malade est revu le 16 et le 26 août. Il va tout à fait bien et présente une selle quotidienne.

Le régime, continué jusqu'au 26 août, est abandonné à cette date.

Obs. IX (Inédite. Personnelle).

Mme B..., 33 ans, se présente à la consultation spéciale de Saint-Antoine le 28 juillet 1910.

C'est une femme assez bien portante, sans tare bacillaire ni spécifique, mais présentant quelques symptômes d'éthylisme modéré. Elle a eu trois enfants bien portants et a fait une fausse couche.

Elle est toujours très constipée et reste parfois huit jours sans aller à la selle. Deux ou trois fois par mois, elle présente des débâcles diarrhéiques.

Depuis un mois environ, elle se plaint à peu près tous les jours de coliques abdominales qui s'accentuent nettement pendant les périodes de diarrhée et pendant les règles.

Elle souffre également d'une douleur siégeant dans l'hypocondre gauche, irradiant dans le flanc et survenant tous les jours vers 6 heures du soir. Cette douleur n'est pas calmée par l'ingestion des aliments.

La malade a un peu d'anorexie mais pas de dégoût électif. Jamais elle n'a de vomissements.

Elle remarque, lors des débâcles diarrhéiques, quelques mucosités dans les selles.

A l'examen, on constate une corde colique descendante douloureuse, le côlon transverse et le côlon ascendant sont également douloureux mais ne sont pas en état de spasme.

Le foie est normal.

On ne constate pas de sensibilité épigastrique ni de clapotage gastrique.

Les fèces examinées sont de consistance molle. Le mucus y est peu abondant, mais, par contre, on trouve une notable quantité de tissu conjonctif et de résidus musculaires. Les hydrates de carbone, très abondants, sont mis en relief et colorés par l'iode.

On révèle la présence de quelques œufs de trichocéphale.

La malade, mise au régime végétarien, est soignée au moyen de petites doses quotidiennes de sulfate de soude.

Bien que ne suivant que d'assez loin son régime, elle est revue à diverses dates en état d'amélioration progressive.

Certains écarts alimentaires, — l'absorption d'un peu de viande en particulier, — déterminent de petites poussées diarrhéiques. Ce fait, répété plusieurs fois, amène la malade à se conformer absolument au régime qui lui a été imposé.

Revue en fin d'août 1910, elle présente une amélioration très notable.

B. — Crises à forme d'indigestion grave avec perte de connaissance et syncope.

Description.

Dans les faits précédents, malgré l'intensité parfois extrême des phénomènes généraux et des vomissements, les accidents intestinaux sont au premier plan et attirent d'emblée l'attention. Il peut arriver cependant que les phénomènes généraux prennent une importance prépondérante et même qu'ils revêtent une gravité exceptionnelle. Dans ces conditions, si les accidents intestinaux sont atténués ou inconstants, ils passent facilement inaperçus, non seulement des malades qui n'en parlent pas, mais encore des médecins qui ne songent pas à les rechercher. De là des erreurs de diagnostic regrettables, car elles empêchent la mise en œuvre d'un traitement efficace.

Cependant, si on interroge méthodiquement les malades, il est rare qu'on ne mette pas en évidence, pendant la période qui a précédé immédiatement l'apparition d'une crise ou d'une série de crises, une exagération de la constipation habituelle.

Le début de la crise se fait toujours de façon brusque, et de préférence au cours d'un repas ou bien quatre ou cinq heures après, au moment où les aliments arrivent dans le cæcum. Les accidents peuvent aussi être déclenchés par une irritation colique non alimentaire, telle que l'administration d'un purgatif ou d'un lavement (Obs. XVIII).

Les émotions morales, les fatigues, les écarts de régime semblent bien prédisposer les malades à des crises ulté-

rieures; mais nous n'avons noté dans aucun cas une relation étroite et évidente entre ces causes prédisposantes et les pertes de connaissance. Celles-ci semblent survenir en dehors de tout facteur étiologique immédiat, elles surprennent malades et médecins par la brusquerie et l'inattendu de leur apparition.

Les différents phénomènes qui constituent la crise présentent une intensité extrêmement variable et se déroulent suivant un ordre quelque peu variable également, mais qui ne change guère le tableau clinique.

D'ordinaire, ce qui ouvre la scène, c'est une sensation de malaise général, d'anxiété, avec ballonnement abdominal et état nauséeux. Quelquefois, ces petits accidents surviennent à l'occasion d'une première selle d'abondance moyenne et sans caractères bien spéciaux (Obs. X). Ils sont rapidement suivis d'accidents beaucoup plus inquiétants qui peuvent aller depuis la simple lipothymie passagère (Obs. X à XVI), jusqu'à la syncope vraie et prolongée (Obs. XVII et surtout XVIII) et même jusqu'à la syncope mortelle (Obs. XIX).

Tout d'un coup le malade pâlit, son corps se couvre de sueurs, ses extrémités se refroidissent; il a la sensation pénible d'un brouillard devant les yeux et cesse de distinguer les objets qui l'entourent; il accuse des bourdonnements d'oreilles et son ouïe s'affaiblit, devient comme ouatée. En même temps survient un vertige marqué et le malade doit se coucher rapidement pour éviter de tomber. C'est à ce moment qne se produit la perte de connaissance, mais celle-ci semble marquer le début de la crise tant les phénomènes précédents se succèdent d'ordinaire avec

rapidité. Elle est plus ou moins complète, plus ou moins prolongée aussi, suivant les cas. C'est ainsi que certains malades entendent encore vaguement ce qui se passe autour d'eux et recouvrent rapidement toute leur conscience (Obs. X). Il en est d'autres au contraire qui tombent d'emblée en syncope et qui peuvent rester en état de mort apparente pendant trois quarts d'heure (Obs. XVIII). Entre ces deux catégories de faits, on peut observer tous les intermédiaires. Le pouls est petit, très rapide, parfois irrégulier.

A côté de ces phénomènes généraux inquiétants, on observe d'ordinaire des signes gastro-intestinaux de l'ordre de ceux que nous avons déjà décrits à propos des réactions d'origine colique qui simulent l'indigestion simple. Mais ces signes ne sont pas toujours aussi accentués ou, tout au moins, malades et médecins les considèrent souvent comme peu importants et d'ordre secondaire par rapport aux phénomènes généraux qui attirent violemment l'attention. Ils n'en existent pas moins dans la plupart des cas et comprennent d'une part des vomissements, de l'autre des coliques rapidement suivies d'une débâcle pseudo-diarrhéique.

Les vomissements, encore qu'ils soient assez fréquents, n'ont qu'une importance secondaire au point de vue du diagnostic. Il faut cependant les connaître pour pouvoir les rapporter à leur véritable cause. Comme dans les fausses indigestions d'origine colique, ils sont tantôt alimentaires, tantôt muqueux ou bilieux; ils peuvent survenir avant ou après les phénomènes intestinaux et, dans ces derniers cas, apparaissent nettement comme provoqués par un réflexe d'origine colique.

Au point de vue de l'origine des accidents, la débâcle diarrhéique constitue ici encore, et de beaucoup, le phénomène le plus important. Nous ne reprendrons pas la description de ses caractères proprement dits et nous nous bornerons à indiquer les conditions de son apparition. Tantôt, en effet, la débâcle survient, comme dans la plupart des faits de fausse indigestion, vers la fin de la crise : le malade éprouve brusquement des coliques plus ou moins violentes, une envie pressante et impérieuse d'aller à la selle ; pendant l'évacuation les phénomènes généraux redoublent d'intensité pour se calmer immédiatement après. Tantôt ils se produisent alors que la crise est déjà terminée depuis un temps qui varie de quelques minutes à quelques heures. Tantôt, enfin, ils marquent, avec leur cortège de coliques et d'envie impérieuse d'aller à la selle, le début de la crise. Celle-ci se déclenche au moment où le malade va à la garde-robe. Fait intéressant à noter et qui mériterait certainement des observations nouvelles, les cas les plus graves parmi ceux que nous rapportons sont ceux dans lesquels la crise a débuté par une débâcle pseudo-diarrhéique (Obs. XVIII et XIX).

Enfin, il est deux ordres de faits que nous signalerons parce qu'ils semblent indiquer l'origine intestinale des accidents concomitants : nous voulons parler, d'une part, des poussées d'urticaire qui se produisent parfois à la fin des crises (Obs. XII et XIII), d'autre part, de la présence d'une quantité notable d'indican dans les urines, apparaissant au cours et à la fin de certaines crises pour disparaître rapidement ensuite (Obs. XIV).

L'exploration de l'abdomen révèle d'ordinaire, comme

dans les fausses indigestions d'origine colique, un côlon sensible et en état de spasme, surtout dans ses portions transversale et descendante.

L'évolution des crises, leur répétition ne présente rien de particulier. Elles sont d'une durée variable mais généralement assez courte ; elles se reproduisent à intervalles très irréguliers et sont atténuées ou supprimées de façon remarquable par le traitement de la constipation.

Diagnostic. — Les crises qui surviennent brusquement sont surtout à différencier de l'épilepsie larvée qui réalise dans bien des cas un tableau clinique analogue. Ce diagnostic est loin d'être toujours facile, d'autant que les troubles digestifs ne sont pas rares chez les épileptiques et qu'il semble bien y avoir une relation entre ces troubles et l'apparition des crises. Nous n'insistons pas davantage sur ces relations qui seront reprises ultérieurement. Nous nous contenterons pour l'instant de rappeler que, dans les réactions d'origine colique, les malades sentent venir leur crise, peuvent prévoir la perte de connaissance et prendre leurs dispositions pour ne pas tomber, tout au moins pour ne pas tomber de façon dangereuse. Ils conservent en outre le souvenir de tout ce qui s'est passé dans les moments qui précèdent immédiatement la crise et même au cours de la crise si la perte de connaissance n'a pas été complète. On sait qu'il n'en est pas de même dans l'épilepsie, que la crise, aussi larvée, aussi fruste soit-elle, survient toujours brusquement, sans prodromes, précédée seulement d'une aura rapide et suivie d'une inconscience absolue de ce qui s'est passé. Les deux types d'accidents

s'opposent donc assez nettement l'un à l'autre pour qu'on puisse arriver le plus souvent à un diagnostic exact.

Dans les formes légères, avec perte de connaissance d'apparition relativement lente et de durée très courte, les accidents pourront être facilement attribués soit à une lésion cardio-artérielle, soit à un ramollissement cérébral par athérome. Ce diagnostic s'imposerait même si l'on ne pouvait mettre en évidence quelques-uns au moins des divers points de repère cliniques et thérapeutiques qui sont comme la marque de fabrique des accidents et dont nous reprendrons la description un peu plus loin. Il ne faudra pas négliger bien entendu d'examiner le malade appareil par appareil avec le plus grand soin.

Quant aux formes qui s'accompagnent d'une perte de connaissance brusque et prolongée, à plus forte raison celles qui se terminent par une syncope mortelle, elles évoquent tout naturellement l'idée d'une embolie ou d'une hémorragie cérébrale. Et de fait ce dernier diagnostic fut posé à propos de l'observation XVIII.

Du reste l'existence d'accidents liés à des réactions d'origine colique n'est pas incompatible avec des accidents d'origine cardio-artérielle ou cérébrale et réciproquement. Nous croyons même que, dans nombre de cas, cette association morbide doit être invoquée pour expliquer les faits observés.

Observations.

Les observations suivantes de réactions d'origine colique avec perte de connaissance ou syncope sont rangées par ordre de gravité croissante.

Obs. X (A. Mathieu et H. Millon).

M. G..., 37 ans.

Ce malade présente depuis longtemps des phénomènes de dyspepsie banale. Depuis deux mois, la constipation est très marquée. Il a des douleurs fréquentes au niveau du côlon transverse, sans rapport net après les repas. Il a présenté depuis ce temps deux crises intestinales avec perte de connaissance. Vers la fin du repas, le malade a une selle d'abondance moyenne. Immédiatement après il pâlit, sent ses jambes devenir faibles. Il a des sueurs froides, ses yeux se troublent et il est obligé de s'allonger, ne voyant pas ce qui se passe dans la chambre, mais entendant très bien sa femme. Cet état dure environ un quart d'heure. Il éprouve ensuite un besoin si impérieux d'aller à la garde-robe qu'il n'a pas le temps d'aller aux water-closet et remplit à moitié un vase de nuit. C'était un mélange de matières dures et liquides, d'une odeur infecte. Trois semaines après, la même crise se reproduit, mais moins violente.

Obs. XI (A. Mathieu et H. Millon).

Mme X..., 52 ans.

Névrosisme simple, sans crises hystériques. Habituellement constipée, garde-robes tous les deux ou trois jours (ni glaires ni fausses membranes); ménopause à 39 ans; un an après, début des accidents que nous allons décrire. Les crises débutent brusquement, le plus souvent au moment du repas de midi. Une fatigue ou une émotion semblent avoir aidé à la production de certaines de ces crises, mais jamais une émotion ne les provoque immédiatement. Elles semblent sans cause, mais toujours on note une constipation plus marquée précédant ces crises. La crise débute par une sensation de ballonnement gastrique, avec un sentiment de malaise général et d'anxiété qui avertit la malade. En même temps la face pâlit et devien froide, ainsi que les mains; quelques gouttes de sueur perlent sur le front. La malade ressent alors des douleurs intestinales, avec besoin impérieux d'aller à la garde-robe. Les selles sont abondantes, très fétides. Les vomissements surviennent alors, d'abord ali-

mentaires, puis bilieux. Parfois l'effort de vomissement n'amène qu'une petite quantité de liquide mousseux, sans aucun goût.

Les selles sont fréquentes, quelquefois jusqu'à huit ou dix, et toujours d'une fétidité extrême. Plusieurs fois dans le cours de la crise, la malade devient très pâle, son front se couvre de sueur, la vue se trouble, le pouls devient filiforme. Il est extrêmement rare que la perte de connaissance soit complète : la malade, d'ailleurs, se couche pour l'éviter.

Pendant toute la crise, la pression du gros intestin est extrêmement douloureuse, surtout au niveau du côlon transverse, qu'on sent contracté en corde. La pression au niveau de l'épigastre n'est pau douloureuse.

Ces crises durent généralement quatre à cinq heures et laissent à leur suite une sensation de faiblesse générale durant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Elles se reproduisaient, au début, environ deux fois par mois. Depuis quatre ou cinq ans il n'y en a plus que cinq ou six par an. La malade n'a voulu se soumettre qu'une fois au régime lacté intégral, pendant la journée qui suivit sa crise. Elle en éprouva un grand bien-être. Malgré cela elle reprit le régime commun sans aucun traitement.

Au moment des crises, l'examen des urines n'a jamais révélé que de faibles traces d'indican.

Obs. XII (H. Millon et L. Marre).

Mme M..., 58 ans, névropathe.

C'est une femme, actuellement assez bien portante, qui a présenté entre 13 et 18 ans, une constipation opiniâtre. Ses selles, rares et toujours très dures, étaient enrobées dans des glaires et des peaux.

Une ou deux fois par an elle faisait une crise de débâcle diarrhéique accompagnée de coliques violentes au cours de laquelle elle perdait connaissance. La fin de la crise était généralement marquée par une assez forte éruption d'urticaire.

Vers l'âge de 18 ans la constipation a diminué, elle a disparu avec la première grossesse. Depuis cette époque la malade s'est toujours parfaitement bien portée.

En 1906, à la suite de grands ennuis, elle fait une crise de dépression neurasthénique au cours de laquelle la constipation réapparaît très intense. Cette crise disparaît au bout de quelques mois, mais la constipation persiste.

Depuis un an des débâcles diarrhéiques apparaissent de nouveau, accompagnées de vives douleurs intestinales. Par trois fois, en allant aux cabinets, la malade perd brusquement connaissance, après avoir eu de vives douleurs intestinales que terminait une selle diarrhéique.

Son état est actuellement amélioré sous l'influence d'un régime approprié ayant pour but de supprimer la constipation et de prévenir autant que possible le retour des débâcles diarrhéiques

Obs. XIII (H. Millon et L. Marre).

M. C..., 13 ans, Péruvien. Il est en France depuis six environ. Jusque là il était bien portant à part une légère tendance à la constipation dont personne ne s'était d'ailleurs préoccupé. C'est un grand mangeur de viande et un tachyphage.

Le 25 mars 1909, le Dr Millon est appelé auprès de lui. L'enfant qui est au collège a perdu brusquement connaissance dans l'après-midi pendant quelques minutes. Comme il se plaignait de ressentir de légères douleurs intestinales, on l'a conduit à l'infirmerie. Une heure après il avait une débâcle intestinale très fétide, avec selles diarrhéiques au milieu desquelles on remarque quelques scybales et des muco-membranes.

L'enfant, examiné à ce moment, a l'haleine fétide, le teint légèrement subictérique. Le gros intestin est contracturé et douloureux surtout au niveau du côlon descendant qui forment un coude douloureux à la pression

La région épigastrique est normale ; on n'y peut noter aucune sensibilité particulière.

Le foie est normal. On n'observe aucun trouble cardiaque ; les urines ne contiennent pas d'albumine.

Cette crise n'est d'ailleurs pas la première, mais elle est plus

intense que les précédentes. L'enfant a eu en effet, quelques mois auparavant, deux pertes de connaissance qui sont survenues dans l'après-midi, à l'heure de la classe, et qui ont été suivies de petites débâcles. A la suite de l'une d'elles, les parents de l'enfant avaient noté chez lui l'apparition d'une éruption d'urticaire.

Le malade est mis au traitement consistant en un régime presque exclusivement végétarien et en l'emploi de belladone et d'huile de ricin à petites doses pendant quatre ou cinq jours.

Rapidement les selles se régularisent ; en même temps la sensibilité intestinale disparaît, ainsi que la céphalée frontale dont se plaignait très souvent le malade pendant les périodes de constipation. Revu plusieurs mois après, l'enfant est très bien portant; la constipation est supprimée, et avec elle les crises et les malaises précédemment observés.

Obs. XIV (H. Millon et L. Marre).

M. P... 35 ans. Pas d'antécédents héréditaires notables. Habituellement bien portant. Depuis six ans, il est obligé professionnellement de voyager, de vivre à l'hôtel, de manger à des heures très irrégulières. C'est un gourmet gros mangeur, mais non un éthylique.

Depuis deux ans, il présente de petits accidents de dyspepsie sensitivo-motrice, de la pesanteur après les repas, du ballonnement abdominal, une tendance de plus en plus marquée à la constipation.

Huit mois après le début de ces troubles dyspeptiques, le malade est réveillé une nuit, vers 4 heures du matin, par une sensation de malaise général. Ni coliques ni douleurs gastriques, mais une pesanteur très gênante au niveau de l'épigastre. Très rapidement le malaise s'accentue, s'accompagne de sueurs froides et d'un besoin impérieux d'aller à la garde-robe. En se levant, le malade est pris de bourdonnements d'oreilles et de vertiges; il lui semble qu'il va se trouver mal. Il émet alors, en plusieurs selles, des matières liquides extrêmement fétides, mélangées à quelques scybales. Ces matières évacuées, les malaises cessent.

Effrayé par cette crise, le malade, qui était en voyage, rentre chez lui et se repose pendant huit jours. Il reprend ensuite ses voyages et surveille un peu son alimentation sans suivre cependant de régime bien précis. Les crises de débâcles diarrhéiques se produisent et les malaises qui les accompagnent deviennent plus fréquents. Le malade souffre d'insomnies pénibles, il voit peu à peu apparaître des symptômes de neurasthénie et se décide à cesser son travail.

Malgré cela il est pris bientôt d'une nouvelle crise, et d'une crise très différente des précédentes. En faisant des achats dans un magasin, bien aéré d'ailleurs et nullement encombré, il sent brusquement un malaise l'envahir : sa vue se trouble, il a la sensation d'un voile devant les yeux et tombe brusquement sans connaissance, avant d'avoir pu demander du secours. Il ne tarda pas à revenir à lui et éprouva, quelques minutes plus tard, un besoin impérieux d'aller à la selle : il eut ainsi, sans coliques abdominales, une petite débâcle de selles liquides et très fétides. Interrogé de façon précise, il affirme nettement n'avoir rien pris, au cours des repas précédents, qui puisse expliquer ces malaises.

Il est examiné par le Dr Millon une quinzaine de jours après cet accident. C'est à ce moment un homme bien constitué, à teint légèrement subictérique, et qui accuse un amaigrissement de six kilos en dix mois, l'estomac ne clapote pas et ne dépasse pas l'ombilic, la sensibilité épigastrique est très légère.

Le gros intestin est sensible à la palpation, surtout au niveau du côlon transverse. Le point de Mac Burney est indolore. Rien d'ailleurs dans les accidents observés ne permet de diagnostiquer l'appendicite dont le malade a grand peur : les crises diarrhéiques n'ont été accompagnées ni de fièvre, ni de vomissements, ni de douleur à droite.

Le foie est normal, indolore à la palpation.

Le cœur et le poumon sont normaux.

Il n'y a dans les urines ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires. En revanche l'indicanurie est abondante.

Le malade a des insomnies rebelles et pénibles. Son som-

meil, quand il en a, est agité ; il s'inquiète beaucoup de son état, craint de nouvelles crises redoute d'être obligé de renoncer à tout travail.

Traitement : repos, hydrothérapie, régime surtout végétarien avec prédominance de farineux, cure de Carlsbad pour régulariser les selles.

Au bout de trois semaines, les digestions et les fonctions intestinales se sont sensiblement améliorées : il n'y a plus de débâcles, plus de vertiges, plus de tendances syncopales. L'état général est meilleur et le malade accuse une reprise de poids de six kilos. Cette amélioration a été s'accentuant progressivement et le malade a pu reprendre ses voyages ; mais l'insomnie et l'état neurasthénique ont mis plus de dix mois à disparaître.

Le malade a été revu deux ans après : le fonctionnement gastro-intestinal est resté bon, les crises de débâcle n'ont pas reparu, ni les malaises et syncopes concomitants ; les phénomènes neurasthéniques eux-mêmes ont disparu.

Obs. XV (A. Mathieu et H. Millon).

Mme X..., 27 ans.

Sa mère est sujette à des crises intestinales analogues à celles que nous allons décrire.

Dans l'enfance et jusqu'à l'âge de 20 ans, ne pouvait prendre un purgatif sans présenter au moins une fois les accidents suivants : céphalée frontale avec sensation de brisement continu. Au moment des selles avec ou sans coliques, sueurs froides, voile devant les yeux, malaise intense, parfois perte complète de connaissance. Vers l'âge de 17 ans, phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice. Petite crise neurasthénique. Depuis, tendance à la constipation sans peaux ni glaires.

En 1900 et 1901, la malade a présenté deux crises de fausse diarrhée avec perte de connaissance. Les selles étaient insuffisantes et dures les jours précédents. Vers 10 heures du soir, deux heures après un repas normal comme quantité et comme qualité, la malade res-

sent une douleur légère dans la fosse iliaque droite. Très rapidement, malaise général, sensation de froid, sueurs froides, brouillard devant les yeux, gêne précordiale. Les yeux se voilent, l'ouïe persistant mais affaiblie et comme ouatée, puis perte complète de connaissance. Depuis le début du malaise, la malade sent qu'il lui serait impossible de faire un mouvement sans tomber. La perte de connaissance dure de deux à trois minutes. Quand la malade reprend connaissance, elle se rend parfaitement compte de ce qui s'est passé, l'intelligence est parfaitement lucide, mais il persiste un peu de fatigue. Dix minutes après, selle extrêmement fétide contenant des matières très dures mêlées au liquide diarrhéique. Dans la nuit, autre selle diarrhéique fétide. Le lendemain, douze heures après l'accident, la réaction de l'indican dans les urines est très intense (ni albumine, ni pigments biliaires, ni urobiline). Les selles sont ce jour-là très fétides. Le surlendemain la fétidité des selles a disparu. La malade, que nous avons revue, n'a plus eu de crises.

Obs. XVI (Inédite, due à l'obligeance de notre excellent collègue et ami Caillé).

Mme X.., 32 ans.

Mariée et mère de trois enfants bien portants, elle a des antécédents peu chargés et n'accuse qu'une diphtérie à l'âge de 8 ans. Cependant elle est d'une santé relativement peu forte. Depuis l'âge de 16 ans, elle souffre d'une dyspepsie sensitivo-motrice d'ailleurs peu intense, caractérisée par de la pesanteur gastrique, du ballonnement abdominal et quelques vagues douleurs au niveau de la région épigastrique, survenant sans horaire fixe après les repas. Elle accuse également un état névropathique assez marqué, entraînant l'apparition de crises de nerf.

Enfin et surtout elle souffre d'une constipation habituelle opiniâtre et ne peut aller à la selle qu'après lavement ou purgation.

Il y a quatre mois, après une crise de constipation plus marquée, la malade a été prise de violentes douleurs abdominales, localisées surtout au niveau de la taille, mais ne tardent pas à se généraliser dans tout l'abdomen. Ces douleurs sont bientôt suivies d'une débâ-

cle diarrhéique au cours de laquelle la malade a six ou sept selles, les deux premières solides, les autres liquides, la dernière ne comportant que des glaires comparées par la malade à du blanc d'œuf battu.

Ces crises se reproduisent pendant huit ou dix jours et s'accompagnent toujours de nausées, sans vomissements, de débâcle urinaire, de diarrhée.

Puis cet état disparaît. Un mois environ après, la malade est prise d'une crise fébrile avec frissons, céphalée, malaise général et douleurs sourdes généralisées à tout l'abdomen. Pendant deux jours la malade est mal à son aise et se met à la diète hydrique. Le surlendemain elle essaie de se réalimenter et prend un petit repas composé de lait et d'un œuf à la coque : brusquement elle se sent prise de malaises et tombe presque en syncope ; elle accuse à ce moment des coliques assez fortes, mais qui disparaissent au bout d'une demi-heure.

Un mois après cet incident, alors qu'elle était de nouveau très constipée, la malade est prise un jour d'une envie impérieuse d'aller à la selle. Elle fait des efforts infructueux pour émettre une garde-robe, prend successivement deux lavements glycérinés et est prise de nouveau d'une syncope — complète celle-là — qui dure environ dix minutes. En reprenant connaissance, elle émet une selle abondante dont la première partie, solide, composée de scybales, est suivie d'une débâcle liquide et abondante.

Depuis cette époque, la malade a surveillé attentivement sa constipation, elle a suivi un régime végétarien très sévère et a pris quotidiennement deux cuillerées à café d'huile de ricin.

Elle se présente à la consultation spéciale de l'hôpital Saint-Antoine, le 20 octobre 1910, à l'occasion de douleurs abdominales qui la tourmentent de nouveau depuis une huitaine de jours.

Examinée, la malade présente une corde colique descendante très marquée mais indolore ; la région cœcale est au contraire normale.

L'espace de Traube est peu étendu. L'estomac, à l'ombilic, ne présente pas de clapotage. On ne constate pas de sensibilité épigastrique.

Le foie, de cinq à six cent., est normal et non douloureux.

On conseille à la malade l'usage d'un régime végétarien, sans œufs ni lait, et l'emploi quotidien d'une cuillerée à café d'huile de ricin.

Elle est actuellement en cours de traitement.

Obs. XVII (A. Mathieu et H. Millon).

M. M..., 44 ans.

A toujours été constipé. Bien portant, à part cela, jusqu'à 35 ans. A 35 ans, à la suite de fatigues, il a présenté des troubles digestifs qui consistaient en douleurs peu vives d'ailleurs et en vomissements alimentaires qui duraient un jour ou deux et revenaient rarement.

Depuis trois ou quatre ans, les malaises qu'il éprouve ont des caractères différents. Très fréquemment, tous les huit jours au début et maintenant tous les trois ou quatre jours, le malade a ce qu'il appelle des vertiges. Pendant une heure ou deux, il se sent mal à l'aise, le ventre se ballonne plus qu'à l'ordinaire, il a une sensation de constriction à l'estomac. Puis surviennent des bourdonnements d'oreilles, un brouillard devant les yeux. Le malade est obligé de rentrer chez lui et de se coucher. Cet état de malaise dure huit à douze heures et se termine lentement.

Quelquefois ces malaises vont jusqu'à la perte de connaissance. Celle-ci survient assez rapidement, mais jamais sans que le malade n'ait le temps de s'en rendre compte. Il sent d'abord un poids qui l'oppresse derrière le sternum, un brouillard devant les yeux, puis survient la perte de connaissance, qu'il soit dans la rue, assis ou couché. Elle dure environ vingt minutes pendant lesquelles le malade reste sans aucun mouvement. Quelquefois, après ces pertes de connaissance, mais pas toujours, le malade a une diarrhée très fétide qui le soulage beaucoup.

Actuellement le malade suit un régime de légumes et de viandes grillées et fait des lavages d'intestin. Depuis ce temps les malaises ont diminué très nettement.

Obs. XVIII (Due à l'obligeance de M. J.-Ch. Roux).

M. S..., 67ans.

Homme très actif, de bonne santé habituelle.

Subit la prostatectomie en mars 1910 et présente à la suite de cette opération une hémorragie qui l'anémie assez fortement ; mais il se rétablit rapidement et peut reprendre sans fatigue une vie extrêmement active.

En mai 1910, cure d'une fistule vésicale consécutive à la prostatectomie. Le chloroforme, prolongé pendant une demi-heure, est très bien supporté et ne provoque aucun vomissement.

Le malade, très constipé, prend une pilule de cascarine trois jours après l'opération et une deuxième le lendemain. Il obtient du chirurgien — qui constate son excellent état de santé — l'autorisation de se lever pour aller plus facilement à la selle. Il use de cette autorisation vers deux heures de l'après-midi, s'assied sur une chaise percée et évacue des matières moulées assez abondantes.

C'est alors qu'il est brusquement envahi par un malaise très intense ; il perd connaissance et tombe sur le sol en syncope complète. La face est pâle, le pouls insensible, et pendant ce temps l'intestin continue à se vider des matières moulées qu'il contenait. Malgré des injections d'éther et de caféine, le malade ne revient pas à lui. Le chirurgien qui le soignait, appelé en toute hâte, le croit mort et émet l'hypothèse d'une hémorragie cérébrale.

Cet état de syncope cesse au bout de trois quarts d'heure environ : grâce à un traitement énergique, le malade revient peu à peu à lui. Le Dr J. Ch. Roux, qui arrive à ce moment là, le trouve dans son lit, encore faible mais avec toute sa connaissance. Le pouls est à 120 et le cœur bat régulièrement.

Le reste de l'après-midi se passe sans incident, le malade n'accusant qu'un peu de faiblesse. Vers 4 heures du matin, à l'occasion d'une nouvelle selle, nouvelle défaillance, qui n'aboutit pas à une perte de connaissance complète, mais seulement à un état de malaise intense avec sueurs froides et vertiges. On pratique une injection d'huile camphrée et tout s'apaise peu à peu. Pendant le reste de la

journée, le malade se sent encore très faible, mais la nuit suivante est bonne, et le lendemain tout est rentré dans l'ordre.

Le surlendemain, le malade prend une cuillerée à café d'huile de ricin et va à la selle sans difficulté ni trace de défaillance.

Depuis lors il s'est complètement remis et a repris sa vie active. Il a subi en octobre dernier, sans incident aucun et sous chloroforme, une nouvelle petite opération chirurgicale.

Obs. XIX (Inédite, A. Mathieu).

M. A..., 88 ans.

De santé habituellement bonne, il est pris brusquement dans l'après-midi d'un malaise général. Dans le milieu de la nuit, il a une envie subite d'aller à la garde-robe, il se lève et a un commencement de débâcle. En même temps que cette débâcle, il survient un malaise extrêmement intense, le malade perd connaissance et meurt. La débâcle se continue après la mort (1).

C. Crises à forme d'indigestion avec vomissements paroxystiques.

Nous avons indiqué plus haut le rôle attribué par M. Ausset à l'entéro-colite muco-membraneuse dans la pathogénie des vomissements paroxystiques de l'enfance. Nous avons dit aussi que MM. Méry, Guillemot et Génévrier considéraient ces accidents comme relevant d'une double intoxication d'origine à la fois digestive et hépatique. On peut observer chez les adultes, des vomissements analogues, non seulement au cours d'un état colitique plus ou moins accentué, mais aussi indépendamment de toute affection déterminée.

Lorsque ces vomissements surviennent à la suite d'une

(1) En l'absence d'autopsie, nous ne saurions affirmer que la mort est due à une réaction d'origine colique; nous croyons seulement que cette réaction s'est produite et qu'elle est susceptible d'avoir causé la mort.

période de constipation plus ou moins prolongée et qu'ils s'accompagnent de douleurs intestinales avec débâcles pseudo-diarrhéiques, on peut les rapprocher à bon droit des faits envisagés dans les paragraphes précédents et les regarder comme des réactions d'origine colique. Même dans ces cas, cependant, le diagnostic peut être fort difficile, car les malades, hypnotisés par leurs vomissements, ne parlent nullement de leurs troubles intestinaux dont le médecin ne songe pas toujours à s'enquérir.

L'observation suivante rapportée par M. Mathieu, dans des leçons encore inédites, est, à ce sujet, particulièrement intéressante.

Obs. XX (A. Mathieu).

Malade de 58 ans, qui présentait, depuis huit ou dix ans, des vomissements périodiques. Ces vomissements survenaient par crises à certaines époques de l'année ; annoncés généralement par des maux de tête, ils se répétaient quelquefois pendant deux ou trois jours avec des allures véritablement incoercibles. Durant cette période, la malade ne pouvait rien tolérer ; elle sortait de sa crise très fatiguée, très déprimée, et n'était souvent remise qu'au bout de quatre ou cinq jours.

Ces accidents ne survenaient guère au début que deux ou trois fois par an environ ; mais ils avaient tendance à devenir de plus en plus fréquents, de sorte que, dans les derniers temps, ils se répétaient en moyenne tous les deux mois.

La malade n'accusait spontanément aucun autre trouble, elle ne parlait que de ses vomissements. Aussi aurais-je certainement méconnu l'origine et la nature de ces accidents si mon attention n'avait pas été attirée, depuis quelque temps, sur certaines variétés de réactions coliques qui se traduirent surtout par des vomissements.

En interrogeant la malade avec soin, j'appris que le début de chaque crise était marqué par des coliques plus ou moins intenses,

avec débâcles diarrhéiques répétées. Ces debâcles duraient en général autant que les vomissements eux-mêmes. Dans l'intervalle des crises, il existait au contraire un certain degré de constipation, sans trace de colite, sans douleurs et sans mucosités dans les selles.

En somme, constipation chronique entrecoupée par des débâcles, au cours desquelles survenaient des vomissements incoercibles dont l'origine n'était vraiment pas discutable.

§ 2. — **Variantes et Equivalents cliniques.**

Les crises typiques que nous venons de décrire ne sont pas les seules crises d'origine colique que l'on puisse observer. Il en est d'autres, plus nombreuses encore et plus variées, mais d'interprétation pathogénique plus délicate, que l'on peut considérer, suivant l'heureuse expression de M. Mathieu, comme de véritables « équivalents cliniques ». Ces crises sont, en effet, aux crises typiques décrites dans le paragraphe précédent, ce que les fugues, les absences et autres équivalents épileptiques, sont aux crises comitiales typiques.

Il ne saurait être question d'en faire une étude d'ensemble ; aussi nous nous bornerons à ranger dans les catégories suivantes les diverses observations de ce genre que nous avons pu rassembler :

A. Crises d'allure migrainoïde ;

B. Crises d'angoisse nocturne ;

C. Crises se traduisant par des douleurs gastriques et des signes d'angor pectoris ;

D. Crises simulant l'ulcus gastrique ;

E. Certaines lipothymies et syncopes post-gastrorragiques.

F. Crises isolées compliquées ultérieurement d'un état névropathique permanent.

A.— Crises d'allure migrainoïde.

Ce sont des crises pouvant rappeler de très près la migraine vraie : céphalée unilatérale à prédominance périoculaire, accompagnée d'un état nauséeux marqué et parfois de vomissements qui rendent toute alimentation impossible. Ces crises surviennent, à intervalles plus ou moins éloignés, chez des sujets constipés de façon habituelle, elles durent un temps variable (12, 24, 48 heures) et se terminent, dans certains cas, mais non toujours, *par une débâcle pseudo-diarrhéique.*

C'est cette débâcle qui permet d'attribuer certains accès à des réactions d'origine colique, et cela d'autant mieux que le traitement dirigé contre la constipation supprime les accès ou, en tout cas, atténue singulièrement leur nombre et leur intensité.

Il est difficile, du reste, de distinguer ces crises d'allure migrainoïde des accès migraineux vrais qui, assez souvent, prennent fin le matin lorsque le malade a été à la selle. Il est plus difficile encore de les distinguer de certaines fausses migraines d'origine dyspeptique que l'on observe fréquemment chez des sujets ayant dépassé la cinquantaine et qui s'améliorent aussi par le traitement des troubles gastro-intestinaux (1).

Pour pouvoir trancher cette question, il faudrait con-

(1) A. Mathieu. Etude sur les migraines tardivement aggravées et sur les migraines d'apparition tardive. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, déc, 1907, p. 717.

naître la pathogénie de la migraine que l'on en est réduit aujourd'hui encore à définir, comme au temps de Lasègne, par l'évolution de ses accès et par celle de la maladie elle-même.

B. — **Crises d'angoisse nocturne.**

Ces crises sont à rapprocher des crises à forme d'indigestion grave avec perte de connaissance : même début brusque, après une période de constipation préalable, par des phénomènes généraux analogues ; même évolution de la crise, même terminaison rapide, mêmes relations, surtout avec un état intestinal déterminé dont la suppression amène la disparition des accidents. Dans ces cas, comme dans ceux que nous avons signalés dans le paragraphe précédent, c'est la débâcle diarrhéique survenant à la fin de la crise qui en traduit l'origine, qui peut guider dans le diagnostic et dans le traitement.

Il est possible seulement que la débâcle ne se produise pas : elle est alors remplacée par d'autres signes de rétention fécale, comme dans la première des deux observations suivantes dues, l'une et l'autre, à M. M. de Langenhagen(1).

Celui-ci ajoute que « si les praticiens étaient plus familiers avec les faits de ce genre, il trouveraient bien souvent, du côté de l'intestin ou de l'estomac, la clef de certains symptômes étranges qui détonnent dans un ensemble pathologique et sont faussement attribués à des affections imaginaires du cœur, du plexus cardiaque ou du poumon. »

(1) M. De Langenhagen. L'entéro-colite muco-membraneuse : symptômes, étiologie et traitement. *Semaine médicale*, 1898, p. 4.

Obs. XXI (M. de Langenhagen).

Un malade, médecin, et qui s'observait de très près, était sujet, à ce qu'il me raconta, à des accès extrêmemant pénibles qu'il me décrivait ainsi : brusquement, sans avertissement, dans le jour ou encore pendant la nuit et se réveillant alors en sursaut, il pâlissait, son corps se couvrait d'une sueur froide, son pouls devenait misérable, presque incomptable, et, sans être pris d'une véritable syncope, ayant conservé toute sa connaissance et toute sa conscience, il sentait la vie qui se retirait de lui ; il avait positivement, suivant sa propre expression, la « sensation de la vie qui s'éteint ». Cette affreuse angoisse durait quelques secondes, une ou deux minutes au plus, puis peu à peu elle disparaissait, le pouls se raffermissait et les téguments reprenaient leur coloration. Rien dans l'auscultation cardiaque ne pouvait expliquer ces accidents terrifiants, et ce qui prouve bien qu'ils étaient en rapport avec des troubles gastro-intestinaux, c'est que le malade, dyspeptique atone depuis de longues années et — il est à peine besoin de l'ajouter — fortement neurasthénique, les voyait coïncider avec de *véritables crises d'infection intestinale, d'empoisonnement stercoral pendant lesquelles les selles et même l'haleine exhalaient une fétidité spéciale* ; si bien que, averti par ces signes précurseurs, notre confrère arriva peu à peu à supprimer presque entièrement ses fâcheux réflexes par l'usage opportun des évacuants et des antiseptiques intestinaux.

Obs. XXII (M. de Langenhagen).

Une malade, atteinte d'entéro-colite muco-membraneuse très sérieuse, se réveillait au milieu de la nuit, se sentant froide et glacée ; en même temps elle éprouvait une angoisse indéfinissable, accompagnée de gêne respiratoire et de manque d'air ; il lui semblait avoir un poids, non pas sur la poitrine, mais sur le ventre, *au niveau du côlon transverse*, et c'est ce poids qui l'empêchait, disait-elle, de respirer. Cette crise, moins aiguë peut-être que celles du malade précédent (Obs. XXI), durait beaucoup plus longtemps, deux heures environ ; et, au plus fort de l'accès, cette femme croyait aussi

qu'elle allait mourir et faisait ses adieux à son entourage. Le tout se terminait par *un besoin impérieux d'aller à la selle et une diarrhée absolument liquide*.

Il s'est produit, en trois semaines, deux crises nocturnes absolument analogues.

C. — Crises se traduisant par des douleurs gastriques et des signes d'angor pectoris.

C'est toute la question des fausses angines de poitrine d'origine dyspeptique qu'il faudrait discuter à propos de ces crises qui sont du reste très voisines des crises d'angoisse nocturne dont nous venons de parler.

Nous n'avons pas l'intention de rassembler tous les faits de fausse angine de poitrine observés par les divers auteurs au cours de la constipation prolongée et surtout de la colite muco-membraneuse. Nous pensons que nombre d'entre elles sont des réactions d'origine colique et que la preuve doit en être cherchée avec soin dans les critères cliniques et thérapeutiques habituels.

Nous rapporterons seulement l'observation suivante, de M. Mathieu, qui nous semble particulièrement instructive.

Obs. XXIII (A. Mathieu).

Malade de 45 ans, très rhumatisante, présentant des nodosités d'Heberden, qui fut prise brusquement pendant la nuit d'une douleur épigastrique, bientôt suivie par l'évacuation de deux selles abondantes, en tas, foncées et de très mauvaise odeur.

Trois semaines après, deuxième crise semblable, débutant elle aussi pendant la nuit par une violente douleur épigastrique, accompagnée de vomissements entre 11 heures du soir et 3 ou 4 heures du matin, suivie enfin par une débâcle intestinale absolument semblable à celle de la première crise.

Pendant ces deux crises, la malade éprouve en outre une sensation très pénible de constriction rétro-sternale, sans retentissement vers le bras il est vrai, mais avec angoisse très marquée.

Dans l'intervalle des crises, la malade ne présente, en dehors de quelques renvois, aucun trouble dyspeptique appréciable; son appétit est bon, ses selles sont régulières et considérées comme suffisantes même à la veille des crises. L'examen objectif ne révèle rien de particulier.

Tout s'accumule dans cette histoire pour rendre l'interprétation des faits difficiles : douleurs épigastriques attirant l'attention vers l'estomac, douleurs rétro-sternales faisant penser à l'angine de poitrine, absence de constipation et selles régulières ne permettant guère d'incriminer l'intestin. Et cependant c'est bien l'intestin qui est en cause.

La malade accusait surtout des douleurs extrêmement intenses au niveau du creux épigastrique. Dans ces conditions, il était assez difficile de savoir à quelle cause rapporter ces crises gastralgiques. Fallait-il les rapporter à l'estomac lui-même ; fallait-il les considérer comme des douleurs intestinales et plus particulièrement coliques ; fallait-il enfin les considérer comme une modalité de réaction colique ?

A première vue, il ne semblait guère possible d'éliminer complètement une affection stomacale et en particulier un ulcère.

Les douleurs à type gastralgique s'accompagnaient d'une douleur rétro-sternale et d'une sensation d'angoisse qui faisaient penser tout naturellement à une crise de fausse angine de poitrine d'origine dyspeptique. Je crois cependant qu'il s'agissait en réalité d'un spasme de l'œsophage dû à un réflexe ayant son origine dans une portion sous-jacente du tube digestif. Et mon opinion est confirmée par ce fait que la sensation de constriction rétro-sternale s'accompagnait d'un certain degré de salivation, c'est-à-dire d'un autre réflexe qui est bien lui d'origine gastrique et qui accompagne assez fréquemment le spasme de l'œsophage.

J'ai été amené à attribuer ces divers accidents, de type gastralgique ou angineux, à une réaction colique un peu spéciale à cause de

la concomitance constante d'une véritable débâcle intestinale sur laquelle mon attention a été d'emblée vivement attirée. Dans les deux ou trois selles qui survenaient à la fin de la crise, la malade évacuait une quantité de matières égale à celle qu'elle évacuait d'ordinaire en un ou deux jours. Il y avait donc bien un certain retard dans la traversée digestive, un certain degré de rétention, une véritable constipation méconnue aboutissant à une petite débâcle.

L'évolution de la maladie montra du reste que mon hypothèse était juste. Il suffit en effet d'instituer un régime laxatif léger et de prescrire une cure à Plombières pour amener la disparition complète des accidents. Ceux-ci reparurent cependant à un moment donné parce que la malade, se croyant définitivement guérie, avait cessé de surveiller avec attention le fonctionnement de son intestin. A l'heure actuelle, la malade suit régulièrement son régime, elle évite soigneusement ces rétentions fécales insidieuses que j'avais pu mettre en évidence et ne se plaint plus de rien.

La coexistance des crises avec les débâcles, leur disparition rapide sous l'influence d'un traitement dirigé contre la constipation et l'irritation colique, permettent de rattacher les accidents à leur véritable cause, c'est-à-dire à une réaction d'origine colique.

D. — Crises simulant l'ulcus gastrique.

On connaît la valeur séméiologique de la douleur au point de vue du diagnostic de l'ulcère stomacal. On sait que cette douleur, très variable dans sa modalité comme dans son intensité, présente deux horaires très différents. Tantôt en effet elle survient immédiatement après le repas, comme si le contact des aliments irritait aussitôt la muqueuse gastrique. Tantôt au contraire, et bien plus souvent, elle survient tardivement : elle survient trois, quatre, cinq heures même après le repas, c'est-à-dire en un moment où les aliments peuvent commencer à arriver dans le cœcum.

Ce sont là précisément les deux horaires les plus fréquents des crises d'origine colique, horaires que nous avons essayé d'expliquer au commencement du présent chapitre, et qui constituent un premier point de ressemblance entre les douleurs gastriques et les douleurs coliques.

Le siège respectif de ces deux variétés de douleur ne saurait établir entre elles une différenciation suffisante : les unes ont leur maximum au niveau du creux épigastrique, les autres immédiatement au-dessous, au niveau du côlon transverse ; les unes irradient dans le dos et dans l'épaule gauche, les autres s'étendent plutôt en barre transversale. D'ailleurs les malades localisent souvent fort mal leur douleur : il n'est pas rare en particulier de les voir se plaindre de « douleurs d'estomac » et indiquer assez nettement, comme siège de ces douleurs, une ligne transversale correspondant à la barre colique.

On ne s'étonnera donc pas que des crises douloureuses d'origine colique puissent faire penser à un ulcère de l'estomac, et cela d'autant mieux que certaines douleurs gastriques sont provoquées par une irritation venue de l'intestin. Germain Sée, qui avait été très frappé par les faits de ce genre, prétendait que beaucoup des prétendues douleurs gastriques accusées par les malades et acceptées comme telles par les médecins, étaient en réalité des douleurs intestinales. Encore qu'un peu exagérée dans le sens intestinal, cette opinion n'en reste pas moins exacte dans un certain nombre de cas.

En réalité, la seule façon de distinguer les crises gastralgiques d'origine colique de celles qui sont liées à une affection stomacale, c'est de rechercher, avec le plus grand

soin et de parti pris, l'existence d'une débâcle pseudo-diarrhéique. Celle-ci devra toujours faire incriminer le côlon, même si le sujet a présenté antérieurement les signes d'une affection gastrique. A ce point de vue, l'observation XXIV nous semble particulièrement instructive.

On peut se demander en outre si, en dehors de la douleur colique proprement dite, susceptible de simuler la crise gastrique, il n'y a pas dans certains cas, un retentissement sur le plexus solaire susceptible de causer des névralgies réflexes de ce plexus. Dès lors ces névralgies peuvent simuler facilement les crises gastriques ou hépatiques.

Obs. XXIV (A. Mathieu).

Malade de 24 ans, sujette depuis l'âge de 14 ans, à des crises douloureuses accompagnées de vomissements et d'une durée variant d'une demi-heure à une heure. Les vomissements précèdent en général la douleur. La douleur, transfixiante, siège au creux épigastrique et retentit dans le dos.

Dans l'intervalle des crises, la malade ne présente aucun trouble gastrique, aucun signe de lithiase biliaire. Elle accuse seulement un état nauséeux presque permanent et, assez fréquemment, une *douleur en barre* au niveau de l'ombilic. Elle a chaque jour une selle dure, constituée par un agglomérat de scybales. Dans la moitié des cas, il se produit à la suite des crises *une débâcle fécale*.

A l'examen, point épigastrique légèrement sensible, sensibilité plus marquée au niveau du côlon ascendant et du côlon descendant.

Le médecin traitant, considérant qu'il s'agissait d'un ulcère de l'estomac, avait mis sa malade pendant dix jours au régime lacté absolu, et cela sans aucun résultat. En raison de l'état nauséeux permanent, de ce fait qu'au moment des crises les vomissements précédaient la douleur, en raison surtout des débâcles qui, dans la moitié des cas, accompagnaient les crises, j'estimai qu'il s'agissait plutôt

d'accidents d'origine colique. J'instituai en conséquence le traitement de la colite et de la constipation.

La malade, revue quatre mois plus tard, m'apprenait que le succès de la médication avait été immédiat : elle se considérait comme guérie.

E. — **Lipothymies et syncopes postgastrorragiques.**

On conçoit mal *a priori* le rôle possible des réactions d'origine colique dans la genèse des lipothymies et syncopes postgastrorragiques qu'il est classique d'attribuer, dans tous les cas, à une perte de sang plus ou moins abondante subie par le malade. Certes, cette explication si simple s'applique à nombre de faits, à tous ceux en particulier dans lesquels les accidents se produisent, soit rapidement à la suite d'une gastrorragie abondante, soit lentement à la suite d'hémorragies persistantes ou répétées.

Il est des cas cependant où la perte de sang ne suffit pas à tout expliquer, soit que cette perte ait été minime, soit qu'elle ait eu lieu trop longtemps avant l'apparition des accidents. Il faut alors invoquer d'autres facteurs, et parmi ces facteurs nous croyons avec M. Mathieu que les irritations coliques peuvent jouer un rôle prépondérant dans les faits suivants.

Un malade, atteint par exemple d'un ulcère de l'estomac, anémié ou non par de légères hémorragies préalables, éprouve à un moment donné un malaise général indéfinissable, quelques coliques et surtout une envie impérieuse d'aller à la garde-robe. Au moment où il satisfait ce besoin pressant, il est pris de phénomènes lipothymiques ou syncopaux, sur la description desquels nous ne reviendrons pas et se remet ensuite assez rapidement. Si l'on

examine les selles dont l'évacuation a été accompagnée par ces accidents, on constate qu'elles sont constituées par des matières mélœniques, qu'elles contiennent par conséquent une quantité de sang d'abondance variable, mais certainement extravasé depuis un certain temps.

Les accidents ne sauraient être logiquement attribués à cette hémorragie déjà ancienne. Il est certainement légitime d'invoquer comme facteur pathogénique une réaction d'origine colique. Nous retrouvons en effet, dans le tableau clinique que nous venons de décrire, la signature habituelle de ces réactions : Il s'agit de gastropathes qui souffrent, par conséquent de constipés ; il s'agit de crises qui se sont produites à l'occasion d'une débâcle mélœnique pseudo-diarrhéique survenant à la suite d'une période de constipation accentuée.

Ce n'est là évidemment qu'une hypothèse: nous la donnons cependant telle qu'elle a été émise par M. Mathieu, et nous croyons qu'elle est susceptible de préciser certains accidents assez fréquents qui ne sauraient ressortir à l'hémorragie seule.

F. — Crises isolées compliquées ultérieurement d'un état névropathique permanent.

Les sujets qui présentent des réactions coliques sont, d'une façon générale, des intestinaux et des nerveux. Mais, tandis que les troubles intestinaux se révèlent le plus souvent de bonne heure et, de bonne heure aussi, deviennent permanents, les troubles névropathiques accentués n'apparaissent dans bien des cas que tardivement. Ils semblent provoqués alors par les phénomènes intestinaux premiers

en date et en particulier par les crises isolées ou paroxystiques d'origine colique lorsque ces crises se répètent d'une façon fréquente. Dans ces conditions, en effet, les malades, considérablement gênés dans leur alimentation, dans leur genre de vie, dans l'exercice de leur profession même, sont continuellement obsédés par leur état. On conçoit facilement chez eux l'apparition de phénomènes névropathiques. Ceux-ci peuvent d'ailleurs survenir d'emblée, dès la première crise.

L'observation XIV nous en offre un exemple, l'observation suivante également.

Obs. XXV (A. Mathieu).

Crises d'indigestion d'origine colique avec état neurasthénique permanent consécutif. — Homme de 39 ans, qui n'a jamais été malade et qui, à part une constipation habituelle d'ailleurs peu gênante, présente toutes les apparences d'une santé parfaite. Au milieu de la nuit, il éprouve brusquement un malaise très marqué, des nausées pénibles avec état lipothymique, il a finalement une débâcle diarrhéique. Cette crise, au lieu de cesser, comme il arrive d'ordinaire en pareil cas, au bout de quelques heures, se prolonge pendant quatre ou cinq jours.

A la suite, le malade ne se rétablit pas : il reste dans un état de dépression marquée avec sensation vertigineuse presque permanente extrêmement pénible. De temps en temps le vertige augmente et, si cette accentuation survient pendant la marche, le malade se demande s'il ne va pas tomber : il lui semble qu'il n'est pas solide sur ses jambes, qu'il est sur le pont d'un navire, que le sol oscille sous ses pieds.

Cet état vertigineux est d'autant plus pénible qu'il est presque permanent. De là découragement, difficulté extrême de l'effort intellectuel chez un homme pourtant habitué à cet effort (il est avocat). Au bout de quelques jours, sur les conseils de son médecin, il se

décide à aller se reposer dans le midi. Pris en chemin de fer d'une crise très intense, absolument semblable à la première, il est obligé de s'arrêter à peu de distance de Paris, à Fontainebleau, et d'y séjourner une dizaine de jours.

J'ai eu l'occasion de le voir un an après : il n'avait pas eu de nouvelle crise, mais il conservait une dépression nerveuse extrêmement marquée, une incertitude de la marche pénible et un état vertigineux presque chronique s'accentuant de temps à autre. Il s'était constitué en somme un état neurasthénique qui lui rendait la vie insupportable et l'exercice de sa profession complètement impossible.

J'ai mis ce malade au régime végétarien, avec toutefois un peu de viande grillée ou rôtie ; je lui ai prescrit des laxatifs à prendre de façon régulière pour éviter toute rétention fécale et toute débâcle consécutive ; je l'ai envoyé faire une cure à Châtel-Guyon et je lui ai conseillé le repos et le séjour au grand air. Deux mois après ma première consultation, le malade n'ayant pas encore d'amélioration bien grande était profondément découragé. Je ne l'ai pas revu depuis et j'ignore ce qu'il est devenu.

Il faut bien savoir en tout cas que, dans les faits de ce genre, l'amélioration ne survient parfois qu'au bout d'un temps très long et par un traitement méthodiquement conduit pendant un an ou même deux. Mon malade, comme bien d'autres, s'est découragé trop vite : s'il avait poursuivi son traitement assez longtemps, il aurait pu obtenir une guérison complète.

Quoiqu'il en soit, son cas se résume de la façon suivante : deux crises coliques au début, ensuite état permanent névropathique avec dépression neurasthénique et état vertigineux à paroxysmes.

§ 3. — Crises complexes au cours d'un état colitique permanent.

Jusqu'à maintenant nous avons envisagé des crises nettes, typiques, bien isolées les unes des autres, s'accom-

pagnant le plus souvent d'une débâcle pseudo-diarrhéique qui donnait à la crise sa véritable signification. Ce sont des faits relativement assez rares, mais dont l'importance n'échappera à personne, car ils permettent d'interpréter des faits analogues survenant au cours d'un état colitique permanent et dont il serait difficile de mettre en évidence la véritable nature. Ce deuxième ordre de faits est beaucoup plus fréquent que le premier : aussi n'avaient-ils pas échappé à l'observation de certains auteurs, en particulier à celle de M. M. de Langenhagen. Ce n'est pas à dire que dans les formes pures il n'y ait véritablement aucun degré de colite, mais cette colite est tout au moins assez atténuée pour que les accidents observés puissent être considérés comme isolés.

Pour bien comprendre la constitution et l'évolution des formes complexes, nous passerons d'abord en revue les divers syndromes colitiques qu'il est possible de dégager à l'heure actuelle de l'ensemble complexe des troubles intestinaux. Nous décrirons ensuite les crises paroxystiques qui viennent compliquer ces divers syndromes et qui, considérées isolément, en dehors des syndromes eux-mêmes, sont tout à fait analogues aux crises typiques que nous avons envisagées en premier lieu. C'est ainsi que nous décrirons :

1° Les crises paroxystiques avec état intercalaire de colite ;

2° Les crises paroxystiques avec état intercalaire de colite et de névropathie ;

3° Les crises pseudo-appendiculaires.

A. Les syndromes colitiques.

Les divers syndromes colitiques, tels qu'on peut les décrire actuellement, ne sauraient répondre à des affections bien déterminées. Si nous tenons à résumer la description des plus fréquents, c'est parce que toute cette pathologie reste encore très vague et très peu décrite, que les faits sont dispersés dans des groupements cliniques différents et dans des groupements pathogéniques plus différents encore. Nous nous en tiendrons exclusivement aux groupements décrits par M. A. Mathieu dans les leçons encore inédites qu'il a consacrées à la pathologie intestinale au début de l'année 1910, savoir: la colite muco-membraneuse, les colites muqueuses, les colites dysentériformes, les colites hémorragiques (1).

La colite muco-membraneuse. — De cette forme de colite chronique nous ne dirons pas grand chose car, si elle n'est peut être pas la plus fréquente, elle est tout au moins la plus connue, la seule admise même par un grand nombre de médecins.

D'après MM. A. Mathieu et J. Ch. Roux (2), « la colite muco-membraneuse proprement dite est caractérisée par la persistance prolongée des trois éléments symptomatiques suivants: la constipation habituelle, l'expulsion de muco-membranes en quantité et de façon permanente, la survenue de crises douloureuses quotidiennes ou tout au moins fréquentes ».

La constipation est un phénomène constant, c'est chose

(1) A. Mathieu et J. Ch. Roux. *Pathologie gastro-intestinale clinique et thérapeutique* (3e série). *Sous presse.*

(2) A. Mathieu et J. Ch. Roux. *Pathologie gastro-intestinale clinique et thérapeutique,* 1909, p. 435.

admise aujourd'hui par l'immense majorité des auteurs. Ce n'est pas à dire qu'elle se présente toujours sous un aspect indiscutable. Très souvent en effet les malades se plaignent de troubles diarrhéiques qu'il est imprudent d'accepter sans contrôle et qui sont en réalité des débâcles consécutives à une période de rétention. Parfois même il succède à la débâcle une poussée subaiguë de colite qui peut se traduire par de la diarrhée vraie. Débâcles et diarrhée peuvent se prolonger plus ou moins longtemps et se répéter plus ou moins souvent. Comme elles s'accompagnent d'une exacerbation des troubles fonctionnels, elles incommodent et frappent les malades bien plus vivement que la constipation qui est cependant le phénomène fondamental et originel.

Les muco-membranes sont constantes aussi, par définition même, dans la colite muco-membraneuse. Elles se présentent suivant les cas sous forme de glaires peu consistantes, ou bien sous forme de cordons blancs assez résistants, de membranes plus ou moins larges, de fragments tubulaires même qui constituent de véritables moules de l'intestin. Elles apparaissent surtout sous l'influence de lavages intestinaux irritants par leur nature, par leur masse ou par leur pression; elles disparaissent en même temps que l'irritation causale. Elles sont constituées, non par de la fibrine, mais par du mucus concrété, disposé en stratifications successives et renfermant dans ses mailles des produits de desquamation inflammatoire de la muqueuse. On conçoit donc qu'elles ne puissent se former sans constipation préalable, et leur seule présence doit permettre d'affirmer cette constipation.

Les crises douloureuses abdominales sont surtout vives au moment des débâcles ; elles sont d'autant plus intenses que le spasme colique est plus marqué.

Celui-ci s'accompagne d'un état de contraction anormale et permanent du côlon que l'on sent à la palpation sous la forme d'une « corde » douloureuse, en particulier au niveau de sa portion transversale et surtout de sa portion descendante. Les selles présentent l'aspect et la constitution ordinaires des selles de constipation.

L'évolution de l'affection est essentiellement liée à celle de la constipation qu'entretiennent et augmentent, par des réflexes à trajet variable, toutes les irritations d'origine intestinale ou péri-intestinale. Que, par des moyens non irritants, on vienne à bout de la constipation, les muco-membranes et les crises douloureuses disparaissent rapidement.

Les colites avec hypersécrétion muqueuse. — M. Mathieu réunit sous ce nom des états, multiples sans doute, mais qu'il n'est guère possible à l'heure actuelle de différencier davantage. Ils possèdent une série de caractères communs qui les distinguent très nettement de la colite muco-membraneuse, non seulement au point de vue clinique, mais encore aux points de vue pathogénique et thérapeutique.

La colite muco-membraneuse se caractérise essentiellement, avons-nous dit, par la constipation spasmodique, les muco-membranes et les douleurs abdominales. Les malades atteints de colite avec hypersécrétion muqueuse sont plutôt orientés vers la diarrhée que vers la constipa-

tion; ils ont des selles abondantes, riches en mucus, mais en mucus non concrété et intimement mélangé aux matières ; ils présentent enfin un spasme intestinal moins marqué et des douleurs moins vives, moins paroxystiques.

Ce sont les selles surtout qui sont caractéristiques. Les malades en ont d'ordinaire deux ou trois chaque jour: la première survient le matin de bonne heure, avance parfois l'heure du réveil et demande souvent à être évacuée avec une certaine précipitation; la deuxième et la troisième surviennent généralement dans la première moitié de la journée, après le premier et le second déjeuner. Parfois il n'existe qu'une selle, mais celle-ci est alors très abondante et représente une quantité de matières équivalente à deux ou trois selles réunies.

Les selles évacuées sont copieuses et demi-molles, de sorte qu'elles s'étalent et prennent immédiatement l'aspect *en tas*, en *bouse de vache*. Elles sont en outre humides et brillantes, ce qui tient sans doute à la grande quantité de mucus qu'elles renferment, intimement mélangé à leur masse, et à l'eau fixée sur ce mucus. Ce mucus peut être constaté microscopiquement après simple trituration des matières et leur répartition en couche mince sur un plat à fond noir. Il se présente sous l'aspect de petits flocons translucides dont la grosseur ne dépasse guère celle d'un grain de millet et dont l'identité peut être confirmée par l'examen microscopique.

Cependant, d'après MM. A. Schmidt (1) et H. Ury (2),

(1) A. Schmidt. Ueber Durchfall. *Med. Klinik*, 1909, n° 13.

(2) H. Ury. Ueber neure Fäkaluntersuchungen. *Intern. Beitr. zur Path. und Therap. der Ernährungsstörungen*, etc., Bd. I, H. 3, 1910.

l'aspect pâteux ou demi-liquide des selles que nous venons de décrire serait dû, non pas à la présence de mucus non concrété, mais à celle de substances albuminoïdes susceptibles de se putréfier rapidement.

Sous l'influence d'une cause très minime (fatigue, froid, petit écart de régime), les malades atteints de colite avec hypersécrétion muqueuse présentent des poussées de diarrhée vraie qui se prolongent facilement et dont il est parfois assez malaisé de venir à bout. On peut observer au contraire, mais ce fait est beaucoup plus rare, un état de rétention passager sans modification sensible des matières : celles-ci, après avoir manqué un jour ou deux au plus, sont évacuées en plus grande abondance, mais elles restent molles et ne renferment jamais de fragments durs comme dans les débâcles que l'on observe si souvent au cours de la colite muco-membraneuse ou de la constipation simple.

Les malades n'ont pas de douleurs violentes, mais ils éprouvent des coliques sourdes et subcontinues, un « état d'incertitude abdominale » qui leur fait toujours craindre d'avoir à évacuer une selle. Ils sont obligés de suivre un régime très sévère, ils s'alimentent mal, dorment mal, maigrissent, s'inquiètent de leur état qui les rejette hors de la vie sociale ordinaire, et finissent souvent par présenter une dépression nerveuse très accentuée.

L'examen ne révèle rien de très particulier : on note parfois, mais moins souvent que dans la colite muco-membraneuse et de façon moins nette, une corde colique légèrement sensible ; on constate plutôt, par la palpation et la percussion, un certain degré de dilatation du cœcum.

Les colites avec hypersécrétion muqueuse présentent toujours une évolution extrêmement lente : elles peuvent persister sans rémission pendant des mois et des années ; même guéries, en apparence tout au moins, elles ont une tendance déplorable à se reproduire. Leur pronostic est donc plus sérieux que celui de la colite muco-membraneuse à laquelle elles succèdent trop souvent, en particulier à la suite d'un traitement intempestif.

Les colites dysentériformes. — On retrouve dans ces colites, à l'état atténué, le syndrome dysentérique que l'on observe dans toute son intensité au cours des dysentéries aiguës d'origine bacillaire, savoir : épreintes, ténesme, envies impérieuses d'aller à la selle qui se renouvellent huit, dix, quinze fois par jour, bien moins fréquemment par conséquent que dans les dysentéries aiguës. A chacune de ces selles du reste, les malades évacuent seulement une petite quantité de mucosités sanglantes ou sanguinolentes, rarement purulentes, qui viennent de la partie inférieure du gros intestin. Ils n'évacuent pas de matières fécales vraies : bien loin d'être des diarrhéiques, ils sont en réalité des constipés. Et de fait, lorsqu'on réussit à provoquer une évacuation fécale vraie, celle-ci apparaît constituée par des matières dures, souvent même par des scybales.

Les malades accusent des coliques plus ou moins intenses et leur état général est toujours altéré ; ils peuvent avoir un léger degré de fièvre. La palpation est douloureuse et permet de constater un spasme marqué du côlon, surtout du côlon descendant. Tous ces phénomènes, du reste, sont moins accentués qu'au cours des dysentéries aiguës bacillaires.

Ils peuvent débuter de façon brusque ou progressive et, dans ce dernier cas, sont généralement précédés par une période plus ou moins longue de diarrhée vraie qui prend peu à peu les caractères de la fausse diarrhée dysentériforme. Ils durent plus ou moins longtemps : tantôt la crise est terminée en huit à dix jours, tantôt elle se prolonge pendant plusieurs semaines de façon très ennuyeuse, tantôt enfin elle aboutit progressivement à la constitution d'une colite muqueuse ou muco-membraneuse. Il faut bien savoir du reste que le syndrome dysentériforme n'est souvent qu'un épisode au cours de l'évolution d'une colite chronique.

Les colites hémorragiques. — Elles ne doivent pas être confondues entièrement avec les colites dysentériformes.

D'une part, en effet, elles sont caractérisées par l'émission d'une quantité relativement abondante de sang pur ou presque pur ; d'autre part, elles peuvent survenir en dehors de tout syndrome dysentériforme.

Les poussées hémorragiques qui surviennent au cours des colites dysentériformes aiguës sont de courte durée et ne se prolongent guère au delà de quatre semaines. Les hémorragies qui surviennent au cours des colites ulcéreuses chroniques ont une durée beaucoup plus longue : elles peuvent se prolonger pendant des semaines, des mois, des années même sous forme de paroxysmes toujours reliés entre eux par un état permanent de colite. Enfin, au cours de la colite muco-membraneuse, il peut survenir soit des hémorragies isolées que M. Mathieu dénomme de façon pittoresque des épistaxis coliques, soit des

hémorragies paroxysptiques avec syndrome dysentériforme plus ou moins accentué, soit enfin des hémorragies répétées et tenaces, liées sans doute à un certain degré de colite ulcéreuse.

B. — Crises paroxystiques avec état intermédiaire de colite.

Au cours des divers états colitiques que nous venons de rappeler, on peut voir survenir, à titre d'épiphénomène, de complication plus ou moins inquiétante, les diverses réactions d'origine colique que nous avons décrites jusqu'ici à l'état pur. Le tableau clinique est de ce fait modifié de façon transitoire, puis les phénomènes colitiques continuent à évoluer avec ou sans aggravation. Ne pouvant donner une description schématique d'une combinaison morbide aussi complexe et aussi variable, nous nous bornerons à rapporter les observations suivantes où l'on retrouvera sans peine d'une part, la colite permanente, d'autre part les crises paroxystiques surajoutées.

Obs. XXVI (A. Mathieu).

Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans qui était entrée comme nourrice dans une famille bourgeoise de Paris. Dans cette situation, elle a été soumise, comme il arrive presque toujours du reste, à une suralimentation systématique et exagérée qu'elle a acceptée dans la plus large mesure de sa tolérance. Elle a été gavée d'aliments auxquels elle n'était pas habituée, elle a engraissé rapidement; rapidement aussi elle a présenté des accidents de colite : douleurs dans le ventre et poussées de diarrhée. Pendant quelque temps ces troubles ne l'ont pas gênée outre mesure, mais des crises de vomissements sont ensuite survenues toutes les nuits et la malade a dû entrer à l'hôpital.

Par suite d'un malentendu résultant de ses explications insuffisantes, elle est restée pendant quinze jours au régime lacté absolu qui, s'il n'a pas aggravé sa situation, ne l'a certainement pas améliorée. Elle a donc continué à avoir toute les nuits des coliques, des nausées ou des vomissements et deux ou trois selles demi-diarrhéiques.

En l'examinant, je me suis aperçu qu'elle présentait des signes très nets de colite, que les selles renfermaient des mucosités en abondance. Dès lors il n'a pas été difficile d'établir la filiation des accidents, de rattacher les vomissements à leur vraie cause et d'instituer un traitement approprié. Il s'agissait de crises de réaction colique avec vomissements et petites débâcles qui se produisaient tous les jours de façon continue depuis trois semaines.

J'ai supprimé le lait, j'ai prescrit un régime de purées et de pâtes, j'ai donné du sulfate de soude à petites doses, et en trois jours tous les accidents ont disparu. La malade a présenté ultérieurement, il est vrai, de petites rechutes, mais l'amélioration remarquablement rapide que j'ai obtenue ne contribue pas moins à démontrer l'exactitude de mon diagnostic.

Obs. XXVII. (Inédite, due à l'obligeance de M. R. Savignac).

Mme B..., très nerveuse, sujette à des crises de nerfs, à des migraines, a été opérée à diverses reprises : on lui a incisé plusieurs fois des abcès, elle a subi l'appendicectomie après des crises répétées d'appendicite. On lui a enfin enlevé l'utérus et les annexes en 1908, à la suite d'accidents salpingo-ovariens graves.

Depuis très longtemps, elle souffre d'une constipation opiniâtre : les selles, qu'elle n'obtient presque généralement qu'avec des lavements ou des purgatifs, sont dures et accompagnées de glaires et de peaux.

A certains moments, elle souffre de crises d'indigestion et de débâcles diarrhéiques, crises qui, depuis 1908, sont devenues plus fréquentes et plus intenses.

Brusquement, après une période prolongée de constipation, elle

est prise de douleurs abdominales, siégeant autour de l'ombilic et d'intensité très grande. Bientôt elle a des vomissements alimentaires et pituiteux en même temps qu'une débâcle diarrhéique au cours de laquelle elle émet, en plusieurs selles, des matières liquides glaireuses et extrêmement fétides.

Cette crise dure quelques jours, pendant lesquels des paroxysmes sont observés avec intervalles de rémission.

La malade note ainsi quatre ou cinq crises douloureuses par mois dans ces derniers temps. Elle a réduit considérablement son alimentation car, dès qu'elle fait le moindre écart de régime, elle provoque des crises douloureuses ou tout au moins des vomissements.

A l'examen, pratiqué en octobre 1909, on note un côlon douloureux avec corde colique généralisée. La sensibilité épigastrique est marquée; on n'observe pas de dilatation gastrique, non plus que de ptose viscérale, foie ou rein.

Les matières présentent l'aspect de fausse diarrhée : ce sont des billes nageant dans un liquide pâteux; le mucus est abondant, concrété en nombreux petits grains blanchâtres.

La malade est mise au régime végétarien sans œufs et à l'agar-agar. On lui conseille aussi l'emploi de l'eau alcalino-phosphatée.

Revue en juin 1910, son état s'est très notablement amélioré; les selles sont plus régulières et les crises diarrhéiques ont diminué de fréquence et d'intensité. Malgré tout, sa santé nécessite encore beaucoup de soins, en particulier à cause de son état nerveux.

On lui conseille de continuer le régime alimentaire auquel elle a été préalablement soumise, ainsi que la cure de repos.

Obs. XXVIII (Inédite, Laboulais).

M. P..., 28 ans. Sans antécédents personnels intéressants, est soignée depuis six ans, pour de l'entéro-colite, lorsqu'elle se présente, le 26 mai 1910, à la consultation spéciale de Saint-Antoine.

Elle se plaint de vives douleurs abdominales qui siègent dans tout le ventre. Ces douleurs sont extrêmement prononcées et produisent à lamalade la sensation d'un véritable arrachement.

Elles apparaissent après le repas et présentent, trois ou quatre

heures après, leur maximum d'intensité. Elles se prolongent toute la journée et existent encore le matin au réveil. Ce n'est qu'après l'émission d'une selle qu'elles disparaissent.

La malade est habituellement très constipée et rend des matières dures, ovillées, accompagnées de glaires et de peaux.

Parfois sa constipation est interrompue par des débâcles diarrhéiques au cours desquelles l'état douloureux est plus marqué que jamais.

Les douleurs abdominales sont alors extrêmement vives; elles irradient dans la région épigastrique qui est le siège d'une hyperesthésie très nette et dans la région lombaire.

La malade accuse, en outre, un amaigrissement de près de deux kilogs durant le mois précédent.

A l'examen. — On constate une corde colique descendante douloureuse. Le cæcum est contractile et douloureux. L'S iliaque est également douloureux, mais on n'y peut constater d'état spasmodique.

On note un clapotage colique cinq heures environ après le repas.

La sensibilité épigastrique est accusée. L'espace de Traube est plutôt un peu effacé.

La matité hépatique a 6 ou 7 centimètres de hauteur. Le rein est descendu.

La malade pèse 47 kilogs.

Les selles examinées sont très brunes et assez molles. Les fibres musculaires y sont rencontrées en quantité moyenne.

Les acides gras sont très abondants.

La réaction de ces fèces est alcaline.

La réaction de Weber, pratiquée à plusieurs reprises, est toujours négative; l'épreuve au sublimé acétique, normale.

Suivie pendant plusieurs mois et revue à peu près tous les huit jours à la consultation, la malade ne s'améliore que très lentement. La constipation résiste à l'agar-agar et à l'eau alcalino-sulfatée. Les selles ne sont obtenues qu'au moyen de petites doses d'huile de ricin ou de lavements répétés.

La teinture de belladone amène momentanément l'atténuation des douleurs.

Obs. XXIX (Inédite, due à l'obligeance de notre excellent collègue et ami F. Moutier).

Mme G..., 27 ans. A toujours souffert de la diarrhée.

De 12 à 23 ans (début de 1906), la malade traverse une première période de sa maladie, durant laquelle elle va en général une fois par jour à la selle; huit jours avant ses règles, qui sont peu abondantes et douloureuses, survenaient de petites crises de diarrhée s'accompagnant de quelques coliques très légères. La malade, à ce moment, a deux selles par jour, une après chacun des deux principaux repas : ce sont des selles en tas, très pâteuses, pas trop fétides. En dehors de ces crises, la selle journalière est également en tas, exceptionnellement moulée ; elle n'est, en tous cas, jamais liquide.

En 1906, la malade fait un ictère catarrhal simple, avec augmentation un peu douloureuse du foie et décoloration des matières. La maladie dure six semaines, au bout desquelles la malade part en Suisse pour achever sa convalescence.

En 1908, survient une crise de diarrhée avec d'assez fortes coliques; cet état aigü ne dure qu'une semaine environ, mais la malade conserve, pendant presque toute l'année, un endolorissement continuel de tout l'abdomen et des crises répétées de diarrhée, avec quelques coliques localisées surtout à gauche et ne s'accompagnant jamais de grandes douleurs.

En même temps, un état nauséeux s'installe, avec de fréquents vertiges, sans qu'on puisse jamais noter aucun vomissement. La malade perd l'appétit, s'amaigrit notablement et s'inquiète de son état.

M. Mathieu, tout en faisant des réserves au sujet de l'appendicite chronique, porte le diagnostic de colite et met la malade à l'eau de Carlsbad, aux ferments lactiques, puis à la gastérine et à la belladone.

Il l'examine le 10 mai 1909 et constate un abdomen généralement endolori. Par la palpation, il constate en outre une douleur nette au niveau de l'angle colique gauche et à droite, dans la région de la vésicule, au niveau de l'angle colique droit.

Il note une corde colique généralisée, surtout marquée au niveau du côlon ascendant.

Aucune douleur n'est réveillée dans la région appendiculaire.

Le foie a une matisé de 9 centimètres et son bord inférieur est senti un peu au dessous du rebord des fausses côtes.

Le rein droit est un peu abaissé.

L'estomac est à un travers de doigt de l'ombilic. L'espace de Traube est presque mat.

Revue le 7 juillet 1909, la malade souffre d'une nouvelle petite crise douloureuse et diarrhéique qui semble avoir été provoquée par l'emploi prolongé pendant quelques jours de l'eau de Carlsbad.

On note à ce moment un spasme très net du côlon transverse et du côlon descendant.

De juillet 1909 à juillet 1910, la malade se porte relativement bien. Elle suit un régime végétarien très sévère et prend de la jusquiame, de l'agar-agar, du citrade de soude. Elle émet quotidiennement une selle en tas et ne se plaint que de quelques vagues douleurs au niveau des fosses iliaques.

Vers le commencement de juillet 1910, à la suite d'abus de légumes et de fruits crus, elle est prise d'une crise diarrhéique nouvelle (3 à 4 selles par jour), accompagnée d'une grande sensibilité abdominale généralisée, et d'un état nauséeux et vertigineux permanent.

M. Mathieu pratique un nouvel examen et constate une vive sensibilité abdominale, une corde colique généralisée atrocement douloureuse, un cœcum volumineux en forme de boudin, de consistance pâteuse et très douloureux. Il constate également un léger ballonnement de l'intestin grêle. La palpation de l'abdomen augmente l'état nauséeux.

Les selles sont brunes, pâteuses, en tas, peu homogènes et assez fétides. On y trouve une petite quantité de mucus et de nombreux éléments végétaux ; les fibres musculaires y sont rares.

Cette crise dure un mois environ pendant lequel le rétablissement progressif est arrêté un moment par une intoxication due à la teinture de jusquiame. Peu à peu le spasme colique et les

douleurs s'atténuent en même temps que les selles se régularisent. La dernière fois que la malade est vue, le 25 août 1910, son état est très amélioré. Elle a une selle moulée quotidienne et ne ressent plus de douleurs. On ne constate plus de corde colique à la palpation.

La malade est mise au régime des pâtes, du bouillon de légumes et des purées.

C. — Crises paroxystiques avec état intermédiaire de colite et de neurasthénie.

Le tableau clinique est plus complexe encore que dans les observatiens du groupe précédent, puisqu'il s'y surajoute, soit d'emblée, soit plus souvent à la longue, un état nenrasthénique plus ou moins accentué. Il importe de connaitre et de savoir déterminer ce dernier facteur car il exige une thérapeutique spéciale et généralement prolongée. Ce sont, en effet, les symptômes neurasthéniques qui sont les plus rebelles et qui persistent d'ordinaire le plus longtemps, même après un traitement bien dirigé.

Nous rapportons, à titre de documents, les deux observations suivantes :

Obs. XXX (A. Mathieu).

Un vétérinaire militaire, âgé de 41 ans, présente, depuis une fièvre typhoïde remontant à douze ans environ, un fonctionnement défectueux de son intestin. Il est constipé de façon habituelle et éprouve de temps en temps quelques coliques qui aboutissent à une débâcle. Au bout d'une dizaine d'années, les douleurs et les débâcles se sont compliquées de vomissements et d'un état de malaise assez marqué, les crises se sont accentuées, mais en restant franchement séparées les unes des autres.

Progressivement, sous l'influence de la fatigue et du surmenage,

elles se sont rapprochées et, dans leur intervalle, il persiste une dépression extrêmement marquée, un véritable état neurasthénique. Le malade doit entrer au Val-de-Grâce pour s'y faire soigner, mais il n'obtient qu'une amélioration passagère, à la suite de laquelle les crises reparaissent à la fois plus sérieuses et plus rapprochées.

C'est à ce moment que je fus appelé à voir le malade. Il avait des vertiges, des étourdissements; mais ce qui le tourmentait surtout, c'étaient des crises de vomissements et des poussées de diarrhée qui survenaient avec une fréquence croissante et avaient fini par se reproduire tous les trois ou quatre jours. Immédiatement après le repas, quelquefois même après le premier plat, il était pris de malaises abdominaux qui dégénéraient rapidement en coliques et l'obligeaient à se précipiter aux cabinets où il avait en même temps un vomissement et une débâcle intestinale. A un moment donné, ces accidents sont survenus, non seulement après les principaux repas, mais même après le petit déjeuner du matin. Dès lors, les occupations professionnelles devinrent difficiles ou impossibles à remplir : le malade ne trouva qu'un moyen d'éviter les crises et de faire son service sans attirer l'attention de ses chefs sur son état, ce fut de renoncer au déjeuner du matin, et de restreindre son alimentation dans le courant de la journée. Par suite de ces difficultés physiques et professionnelles, grande inquiétude du malade, insomnie, dépression, état moral déplorable.

Dans l'intervalle des crises, d'ailleurs, il persistait des douleurs abdominales presque constantes, une certaine sensibilité à la palpation, enfin un état vertigineux et un état neurasthénique presque permanents. Je suis donc en droit de dire que les crises étaient réliées dans le cas actuel par un état permanent de colite et de neurasthénie.

Obs. XXXI (Inédite, Caillé)

M. B. 33 ans, cordonnier, entre le 23 août dans le service du Dr Mathieu pour crises répétées d'entéro-colite muco-membraneuse s'accompagnant d'hémorragies hémorroïdaires fréquentes.

Sans antécédents héréditaires et personnels bien chargés, sauf

une fièvre typhoïde légère vers 20 ans, le malade a joui jusqu'à l'âge de 27 ans d'une santé générale parfaite. Seules de légères hémorragies liées à des hémorroïdes attirent son attention.

Il y a sept ans il est pris de douleurs abdominales intenses, s'exagérant au moment des gardes-robes mais existant cependant dans leur intervalle. Ce sont des sensations de pesanteur, de tiraillement, de brûlure, siégeant dans tout l'abdomen mais principalement au niveau du côlon transverse. Elles s'accompagnent de ballonnement du ventre et de constipation intense. Les selles sont très dures, sèches et affectent l'aspect de scybales ; elles sont accompagnées de glaires abondantes. En même temps elles provoquent des hémorragies hémorroïdaires de plus en plus fortes.

Le malade, pour éviter les douleurs, restreint très fortement son alimentation : il maigrit rapidement, est obligé d'arrêter son travail et de demeurer au lit. Il s'inquète beaucoup de son état et voit peu à peu s'installer une crise neurasthénique marquée.

Cet état se prolonge durant cinq mois, au cours desquels le malade suit un régime alimentaire sévère et use de lavages intestinaux. Peu à peu il s'améliore, il reprend des forces et du poids, se remet à son travail, cesse de se préoccuper de sa santé et entre dans une nouvelle période de bonne santé qui dure jusqu'en mars 1910.

Il conserve seulement ses hémorroïdes qui saignent souvent et beaucoup, et un état de constipation procédant par petites crises accompagnées de légères douleurs abdominales.

En mars 1910, après une période de constipation assez marquée, le malade est repris brusquement de douleurs abdominales intenses. Après un dîner un peu copieux, il éprouve un soir une sensation subite d'étouffement, de mort imminente en même temps qu'une impérieuse envie d'aller à la selle. Il perd connaissance pendant environ un quart d'heure; lorsqu'il reprend ses sens il accuse une douleur très violente au niveau du creux épigastrique et du côlon transverse. Dans la nuit, il prend un lavement et détermine ainsi une crise diarrhéique comportant cinq ou six selles successives : la première est faite de matières dures d'abord, puis liquides; les

suivantes sont purement liquides, très foncées et extrêmement fétides.

Le lendemain le malade essaie de reprendre son travail, mais il est anéanti et doit se remettre au lit.

A partir de ce moment il souffre de douleurs abdominales constantes analogues à celles qu'il avait eues il y a sept ans. Elles siègent au niveau du côlon transverse et du creux épigastrique. Une constipation intense s'installe, les matières rendues, à force de lavements, sont dures et enrobées dans des glaires abondantes. Parfois lorsque le malade se présente à la garde-robe, il n'arrive à émettre que des glaires et du sang hémorroïdaire.

Son état général s'altère rapidement : il maigrit beaucoup, réduit son alimentation et ne tarde pas à voir réapparaître un état neurasthénique des plus marqués.

Au bout de quelques semaines de repos au lit, il essaie de reprendre son travail et de sortir.

Un jour il éprouve dans la rue une envie impérieuse d'aller à la selle qu'il essaie de dominer. Brusquement il est pris de syncope. Ramené chez lui il reprend connaissance et présente une débâcle diarrhéique abondante.

Le médecin qu'il consulte alors lui conseille l'emploi des grands lavages intestinaux : chaque jour il en fait deux de deux litres. Chacun d'eux est suivi de crises douloureuses des plus vives accompagnées d'un état de défaillance et d'une tendance à la lipothymie.

Son état de santé ne faisant qu'empirer, le malade se décide à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Dr Mathieu. On constate à ce moment une dépression neurasthénique des plus intenses, une crise d'entéro-colite glaireuse et des hémorroïdes entraînant des hémorragies répétées.

Le 25 août un examen rectoscopique est pratiqué. On conseille au malade de se faire enlever ses paquets hémorroïdaires.

Le 3 septembre l'opération est pratiqué par le Dr Labey. Le malade très amélioré, souffrant beaucoup moins et ne perdant plus de sang, reste dans le service de chirurgie jusqu'au 23 septembre. A

cette date, comme une nouvelle poussée de colite le reprend, il rentre de nouveau dans le service du Dr Mathieu.

Le 28 septembre, le malade accuse des douleurs coliques très intenses, irradiant au creux épigastrique.

Il est extrêmement constipé et ne va à la selle qu'avec des lavements, ses matières sont dures, rares et enrobées dans une énorme quantité de mucus et de glaires.

A l'examen physique on constate une corde colique généralisée et très douloureuse, marquée surtout au niveau du cœcum et du côlon transverse.

On note du gargouillement dans la région cœcale.

La dépression neurasthénique est des plus marquées : le malade pleure fréquemment, se déclare incurable et désespère de son état ; il souffre d'insomnies continuelles et se plaint à tout instant.

Peu à peu, grâce au repos, au régime alimentaire, aux laxatifs mucilagineux, son état s'améliore notablement. Les selles se régularisent au point de devenir quotidiennes, les douleurs diminuent, la dépression neurasthénique s'atténue. Le malade quitte l'hôpital à la fin du mois d'octobre en très bon état. Il a engraissé de plus de 3 kilos en quelques semaines et se prépare à reprendre allégrement son travail.

D. — Les crises pseudo appendiculaires

Les crises pseudo-appendiculaires d'origine colique surviennent chez des sujets qui présentent depuis un temps assez long un état colitique plus ou moins accentué. Tantôt cet état se traduit par de la constipation simple, tantôt on relève tous les signes habituels d'une colite muqueuse ou muco-membraneuse.

Les crises apparaissent d'ordinaire après une période de constipation plus opiniâtre, mais elles ne sont pas accompagnées de façon constante par une débâcle diarrhéique, de sorte que leur interprétation est souvent des plus déli-

cates. Parmi les quatre observations de crises pseudo-appendiculaires que nous rapportons, une seule, l'observation XXXII, est vraiment typique au point de vue des débâcles. Dans les trois autres, nous ne pouvons relever ce critère, mais nous trouvons en revanche des signes indiscutables de spasme du gros intestin.

Ce sont en général des coliques qui ouvrent la scène : elles ont leur maximum vers la région ombilicale et s'étendent parfois transversalement à ce niveau suivant la direction du côlon transverse. Elles s'accompagnent très rapidement d'une part, de vomissements alimentaires, puis muqueux, enfin bilieux, d'autre part de phénomènes généraux plus ou moins accentués et analogues à ceux que nous avons déjà décrits à plusieurs reprises.

Une palpation un peu brusque peut provoquer une défense complète de la paroi ; une palpation douce et méthodique permet en général de percevoir le côlon descendant et le côlon transverse sous forme d'une corde douloureuse, le cœcum sous forme d'un boudin contractile. Parfois le gros intestin est particulièrement sensible en certains points déterminés qui peuvent se trouver, soit dans la fosse iliaque gauche, soit dans la fosse iliaque droite. On comprend que, dans ces derniers cas, le diagnostic soit particulièrement difficile à établir entre les crises coliques simples et les formes frustes de l'appendicite, en particulier les formes de l'appendicite chronique qui ont été décrites par M. A. Siredey (1).

Cet auteur a observé dans l'appendicite chronique des

(1) A. Siredey. Etude clinique sur quelques formes frustes de l'appendicite chronique *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1903, p. 1275.

vomissements alimentaires, aqueux ou bilieux, des diarrhées soudaines, profuses et fétides survenant à l'occasion des crises, des alternatives de constipation et de diarrhée, de la constipation opiniâtre. Il a observé aussi parfois des phénomènes réflexes assez accentués : pâleur subite de la face, altération de la physionomie, tendances lipothymiques. On voit combien ce tableau se rapproche de celui des réactions d'origine colique, et on pourrait se demander à juste titre si ces dernières réactions ne sont pas en réalité symptomatiques de lésions appendiculaires. Il n'en est pas ainsi cependant, car nombre de crises surviennent sans que se manifeste le moindre signe de localisation appendiculaire. Et s'il est des cas où le maximum de la douleur siège au niveau du cœcum, dans la fosse iliaque droite, il en est d'autres où les points douloureux sont situés dans la fosse iliaque gauche, au niveau du côlon descendant ou de l'S iliaque. Enfin et surtout l'appendicectomie reste sans effet sur les crises qui sont réellement d'origine colique.

On pourrait se demander également s'il n'y a pas association de colite et d'appendicite, sans qu'il soit possible d'ailleurs de dire si l'appendicite tend ou non à entretenir la colite. La seule façon d'être exactement fixé sur le rôle de l'appendice dans la pathogénie des accidents observés, c'est de l'enlever. On est en droit de provoquer cette intervention qui, dans certains cas, entraîne une guérison complète et définitive. Mais il ne faudrait pas compter de façon absolue sur un tel résultat : Les observations XXXII et XXXV, nous en fournissent deux exemples typiques. L'observation XXXII est particulièrement intéressante,

en ce sens que le traitement médical obtint un succès complet là où le traitement chirurgical était resté sans résultat aucun.

Enfin, l'épiploïte chronique sur laquelle les travaux de M. Walther ont, depuis quelques années, attiré l'attention, se traduit aussi par des accidents absolument analogues à ceux que nous avons décrits. Ici encore c'est l'intervention seule qui permet de juger si l'épiploon est en cause ou non. Dans nombre de cas, M. Walther a obtenu par la résection de l'épiploon d'excellents résultats. Mais il en est de cette résection comme de celle de l'appendice : on ne saurait guère prévoir à l'avance ses effets. A ce point de vue encore, l'observation XXXII, recueillie d'ailleurs dans le service de M. Walther, est particulièrement intéressante.

Obs. XXXII. (Inédite, due à l'obligeance de notre excellent collègue et ami Brisset).

M. K... Léonard, maître d'hôtel, 34 ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 25 janvier 1910. C'est un malade qui n'a jamais eu comme antécédents qu'une crise subaiguë de rhumatisme à l'âge de 23 ans et dont la santé est habituellement parfaite sauf une légère constipation.

Depuis le mois de juin 1909, il accuse une série de crises abdominales douloureuses sans vomissements ni fièvre ; avant cette date, il n'a jamais souffert de crises semblables pas plus que de maux d'estomac ; il avait bon appétit, mangeait assez irrégulièrement mais sans en souffrir et avait peut-être commis quelques excès de boisson.

En juin 1909, il est pris soudain, en plein travail, d'une vive douleur dans le ventre, douleur aiguë en coup de poignard et si vive qu'il tombe presque en syncope. Il est ramené chez lui et un médecin appelé le met au lait et au bouillon, sans glace sur le ventre.

Les douleurs persistent très fortes pendant quatre ou cinq jours, sans jamais s'accompagner de vomissements. Elles siègent autour de l'ombilic et dans le côté droit où elles ont leur maximum d'intensité. Elles sont continues avec des poussées paroxystiques qui durent une dizaine de minutes. Le malade affirme qu'au moment des douleurs son abdomen devient dur et douloureux, particulièrement en des points qui correspondent au trajet des côlons.

Cet état aigu disparaît rapidement et, 15 jours après le début, le malade reprend son travail tout en continuant à accuser des douleurs, surtout le matin pendant environ une heure. Au reste il ne suit aucun régime mais est fatigué, sans goût pour le travail.

Le 9 janvier 1910, une nouvelle crise douloureuse survient; cette fois les douleurs affectent la modalité de « douleurs en barre » avec irradiation au creux épigastrique. Pas de fièvre ni de vomissements. Le malade se remet au lit et s'alimente avec du lait et du bouillon de légumes.

Le 21 janvier des douleurs extrêmement violentes font de nouveau leur apparition et décident le malade à entrer à l'hôpital. Pas plus que les fois précédentes elles ne s'accompagnent de fièvre ni de vomissements.

Examiné à l'hôpital, le malade a un aspect amaigri, les joues un peu creuses. Son abdomen est aplati et souple dans toutes ses parties. On constate l'existence de matières dans le côlon ilio-pelvien.

La fosse iliaque droite est sensible à la palpation profonde; cependant on ne perçoit aucun empâtement dans la région vésiculaire, ni au niveau du pylore.

Le foie a 10 cent. de hauteur sur la ligne mamillaire.

La rate n'est pas appréciable.

Cœur et poumons sont normaux.

L'examen des urines pratiqué donne les renseignements suivants :

Quantité, 3 litres 500.

Réaction alcaline.

Urée, 15 gr. 50.

Chlorure, 17 gr. 50.

Phosphates, 2 gr. 30.

Traces d'albumine.

Sucre, néant.

Le malade est mis à la diète hydrique et à la glace sur le ventre.

Il est opéré le 10 février 1910 par M. Walther qui pratique une appendicectomie. Après incision on extériorise facilement le cœcum et on constate une légère adhérence de l'appendice dont la pointe est fixée à la fosse iliaque. L'appendice est d'aspect normal, il est enlevé; le moignon est cautérisé et enfoui.

La paroi est suturée en trois plans solidaires au catgut.

L'opération dure 22 minutes, pendant lesquelles le malade reste sous l'anesthésie chloroformique.

L'appendice présente quelques suffusions sanguines sous-séreuses. La paroi est épaissie, tomenteuse avec quelques points de folliculite; la lumière de la cavité est obstruée par deux boulettes fécales dures et de la grosseur d'un grain de mil.

L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

Le soir de l'opération, le malade a 37°2, son pouls est à 70, il est gai et cause volontiers; il a émi dans l'après-midi quelques gaz et 300 grammes d'urines.

Le troisième jour il se plaint de maux de tête et d'endolorissement du ventre avec *sensation de barre transversale*. Il attribue ces malaises à des gaz qu'il n'a pu rendre dans la journée. Son pouls est à 80 et il n'a pas de fièvre.

Le quatrième jour la température du matin est à 38°, le malade est énervé et a les traits tirés. Il a mal dormi et est gêné dans sa respiration par une sensation de tension abdominale. Cependant son ventre est souple, très légèrement météorisé au creux épigastrique. Dans la fosse iliaque gauche on sent une corde colique et des matières.

Un lavement glycériné est administré qui ramène quelques scybales et des gaz sans procurer grand soulagement. Le soir la température est à 38°5, le pouls à 100, le malade souffre de plus en plus de son ventre. Il n'a pas de nausées. On ne trouve rien à la palpation de l'abdomen qui reste souple.

Le lendemain matin, on trouve le malade encore moins bien

que la veille, les yeux sont profondément cernés, le nez est pincé et froid, la voix cassée, la respiration superficielle : la première impression est qu'il fait de la septicémie. Cependant la température a baissé un peu depuis la veille, le pouls est bien frappé à 110, le ventre est souple dans toutes ses parties, absolument indolore du côté droit, mais douloureux sur le trajet du côlon descendant.

On apprend que pendant la nuit il a été pris, à partir de minuit, *d'une diarrhée profuse entraînant* 25 *à* 30 *selles et une débâcle très abondante. Les premiers bassins contenaient des matières grises et entièrement dures. Les derniers entièrement pleins étaient remplis de selles liquides, jaune-ocre, absolument analogues à celles d'un typhique.*

Le malade reçoit dans la journée 1500 grammes de sérum en injection sous-cutanée et deux lavements de sérum.

Le soir son état s'est amélioré d'une façon surprenante ; sa diarrhée est arrêtée, la température est à 38° le pouls à 90.

La nuit est calme et le lendemain (6e jour après l'intervention) le malade n'inspire plus aucune inquiétude : son ventre est souple non douloureux ; l'émission des gaz se fait librement ; toutefois le malade a maigri à vue d'œil comme s'il avait été déshydraté d'un coup. Il présente un peu de toux, avec crachats muco-purulents et quelques râles de bronchite disséminés des deux côtés.

A partir de ce moment, sa convalescence est régulière et rapide ; cependant le 15e jour, après ingestion de purée de pommes de terre, il est repris de douleurs abdominales assez vives avec contraction colique. Ces petites crises ébauchées se reproduisent deux ou trois fois : on est tenu en ce qui concerne la réalimentation aux plus grandes précautions.

Le malade part pour Vincennes le 8 mars et y reste jusqu'au 22. Le soir de son arrivée, il est pris au milieu de la nuit, brusquement, de coliques très violentes avec douleurs le long du côlon ascendant et du côlon transverse. Il a quelques vomissements, cinq ou six selles impérieuses diarrhéiques complètement liquides.

Le matin tout est rentré dans l'ordre.

Ces crises diarrhéiques et douloureuses se reproduisent trois ou

quatre fois pendant le séjour à Vincennes. Elles ne durent d'ailleurs jamais plus d'une nuit.

Revu en mai 1910, le malade continue à présenter quelques crises analogues, il a repris du poids; son examen ne révèle rien d'intéressant si ce n'est une corde colique descendante et douloureuse.

Il continue à suivre très rigoureusement un régime purement végétarien, on lui conseille l'emploi de sulfate de soude à petites doses quotidiennes et de la teinture de belladonne.

Le malade est revu en juillet: il a engraissé de trois kilos en deux mois. Il se trouve très amélioré et ne signale plus aucune espèce de crise diarrhéique.

Cette amélioration persistait en octobre 1910, à tel point que le malade se considérait comme entièrement et définitivement guéri.

Obs. XXXIII (A. Mathieu et H. Millon).

Crises douloureuses répétées avec vomissements et douleurs abdominales intenses. Point douloureux maximum vers le coude gauche du côlon.

Mlle Ha..., 20 ans. — Nerveuse, crises de larmes. Le début des accidents remonte à trois ans. Brusquement la malade fut prise de douleurs siégeant dans l'hypocondre et la région lombaire gauches. Ces douleurs s'accompagnaient de vomissements alimentaires et bilieux. Pas de fièvre. La crise a débuté la nuit et dura cinq à six heures, puis tout rentra dans l'ordre.

Deuxième crise huit mois plus tard, durée sept à huit heures.

Troisième crise trois mois après (novembre 1907), identique.

Quatrième crise en février 1908; depuis, crises tous les quinze jours, puis tous les huit jours.

Depuis un mois, douleurs continues avec paroxysme violents tous les huit jours environ. Elles siègent dans l'hypocondre gauche et irradient dans la région lombaire. Elles sont peu violentes et à peu près continues, n'augmentent pas avec l'ingestion des aliments; au moment des paroxysmes douloureux (tous les huit jours environ)

surviennent des vomissements. Les selles sont irrégulières (tous les deux jours environ). Elles sont riches en mucus, en tas, et couvertes de mucosités. L'intestin est contracturé en totalité. Douleur à la pression vers l'angle gauche du côlon.

Traitement. — Un jour huile de ricin ; le lendemain lavage d'intestin ; repos le troisième jour. — Régime : lait, potages, pâtes et œufs.

Disparition des douleurs et des vomissements.

Obs. XXXIV (A. Mathieu et H. Millon).

Crises analogues avec maximum douloureux dans la région cæcale s'accompagnant de fièvre.

Mme P..., 26 ans. — Habituellement constipée. Elle fait depuis six mois des lavages d'intestin à forte pression. Ses selles, depuis les lavages, contiennent des membranes en abondance. Elles sont toujours dures ; jamais de débâcles diarrhéiques. Le côlon est concontracté et non douloureux sur tout son trajet. Cæcum contractile légèrement douloureux.

Huit jours après son entrée à l'hôpital, la malade a, la nuit, une crise de douleur dans la fosse iliaque avec irradiation lombaire et vers l'ombilic. Température 38°5. Vomissement alimentaire vers deux heures du matin, puis nouveaux vomissements, bilieux, à deux reprises dans la nuit. Le matin on donne un lavage d'intestin qui ne cause pas de douleurs. A l'examen, le côlon descendant est « en corde », non douloureux. Sensibilité dans la région périombilicale. Le côlon transverse est sensible. Le maximum de douleur est au milieu de la ligne qui relie le point épigastrique à l'ombilic.

Traitement. — Diète hydrique ; glace sur le ventre.

Le lendemain, la malade rend quinze selles liquides contenant des glaires sanguinolentes ; les selles ne sont pas douloureuses et ne s'accompagnent pas d'épreintes. Le maximum de douleurs est au niveau du cæcum, qui est contractile. La malade a vomi. L'état général est meilleur, la température est normale.

Traitement. — Applications chaudes ; lavement au nitrate d'argent à 0 gr. 25 pour 1000 ; diète hydrique.

Troisième jour, selles liquides contenant des glaires moins sanguinolentes.

Pas de sensibilité de la région cæcale.

Un litre de lait avec crème de riz.

Les selles se sont améliorées les jours suivants, et les douleurs intestinales se sont atténuées. Pendant quelques jours on a constaté de la douleur au point de Sonnenburg. Bien que les selles fussent à peu près journalières, on constate, en faisant prendre à la malade de la poudre de charbon au cours d'un seul repas, que l'évacuation du charbon est retardée et se prolonge pendant cinq jours. On met la malade à un traitement électrique qui dure encore.

Obs. XXXV (A. Mathieu et H. Millon).

Crises simulant l'appendicite persistant après ablation de l'appendice.

Mlle D..., 18 ans.

Souffre du ventre depuis l'âge de 8 ans. Alternatives de constipation et de fausse diarrhée (trois ou quatre jours de constipation suivis de débâcle). Quelquefois du sang dans les selles. Ni glaires ni muco-membranes.

A présenté trois crises de douleurs dans la région appendiculaire avec vomissements alimentaires et bilieux, à la suite desquelles on a enlevé l'appendice, trouvé peu altéré.

Cinq mois après, la malade a une quatrième crise rappelant absolument les crises antérieures : douleurs dans la fosse iliaque droite ; vomissements alimentaires et bilieux ; constipation ; pas de fièvre. Le surlendemain elle a des selles demi-liquides contenant du mucus interstitiel et des débris de pommes de terre en abondance.

§ 4. — Crises frustes dont l'origine colique, totale ou partielle, est probable mais insuffisamment démontrée.

Nous réunissons dans ce groupe une série d'accidents très disparates, dont la pathogénie est imprécise ou incon-

nue et qui, pour une part tout au moins, nous semblent susceptibles de ressortir à des réactions d'origine colique. Ce sont tout d'abord des accidents que l'on peut considérer comme des équivalents très frustes, hypothétiques même, des formes plus franches décrites jusqu'à maintenant. Ce sont encore *certains* vomissements périodiques des enfants et même *certaines* crises plus ou moins épileptiformes.

Les conditions dans lesquelles ces divers accidents se produisent nous ont amené à penser que l'état intestinal, et en particulier l'état du côlon, peut jouer dans leur genèse un rôle d'importance variable, tantôt prépondérant et tantôt accessoire, mais en tout cas un rôle certain. Ce rôle n'a d'ailleurs pas été méconnu par les divers auteurs et nous ne l'aurions pas signalé à nouveau s'il ne nous avait paru tirer une vraisemblance plus grande de la comparaison des faits frustes avec les faits typiques.

Voici d'abord deux observations ayant trait l'une à des vertiges d'origine colique, l'autre à de l'agitation et à des terreurs nocturnes de même origine. Dans l'un et l'autre cas, le traitement dirigé contre la colite a donné les meilleurs résultats, confirmant ainsi l'exactitude de l'hypothèse émise sur l'origine des accidents.

Obs. XXXV (inédite, H. Millon).

Colite avec débâcles diarrhéiques et *vertiges.*

M. J..., 24 ans, d'un tempérament très nerveux est atteint d'une constipation opiniâtre depuis environ quinze ou seize ans.

Il n'a des selles que tous les deux ou trois jours, quelquefois même plus rarement ; ses fèces sont dures, peu abondantes et revêtent la forme de scybales. Jamais il n'y a observé de glaires ni de peaux.

Parfois, mais rarement, il note des débâcles diarrhéiques peu intenses d'ailleurs, succédant à une phase de constipation opiniâtre.

Cette constipation est nettement sous la dépendance de la fatigue, des émotions. Le moindre ennui, un travail physique un peu plus considérable la ramènent ou l'entretiennent.

Du côté de l'estomac, aucun trouble appréciable n'est constaté, si ce n'est un peu de somnolence, et un peu de pesanteur pendant une heure environ après le repas.

Les phases de constipation opiniâtre sont accompagnées de phénomènes assez particuliers : ce sont avant tout de la stupeur intellectuelle, de l'affaiblissement considérable des diverses facultés, en particulier de la mémoire. Il lui est impossible de faire à ce moment là un travail qui exige le rappel de connaissances antérieurement acquises, la réflexion est presque supprimée.

En même temps le malade note des sensations très accusées de défaillance et de vertige, survenant à plusieurs reprises dans la journée et principalement quelques heures après les repas. Souvent aussi ces phénomènes sont accompagnés d'une céphalée frontale intense et pouvant devenir insupportable.

Tous ces désordres disparaissent d'ailleurs lorsque la crise de constipation cesse. La coïncidence de cet état vertigineux avec la constipation a été notée à maintes reprises par le malade durant les quinze années précédentes.

Lors des débâcles diarrhéiques, des accidents cutannés tels que l'urticaire, des érythèmes divers ont été fréquemment observés.

Obs. XXXVI (Mirallié).

Colite avec agitation et terreurs nocturnes.

M^lle L., âgée de cinq ans, est issue de parents très nerveux. Du côté maternel que nous connaissons le mieux : mère très nerveuse et impressionnable, un frère de la mère est atteint de neurasthé-

(1) Mirallié. Les accidents nerveux de l'entéro-colite. *Arch. des mal. de l'app. digestif de la nutrition*, septembre 1907, p. 130.

nie avec phobies; il a en outre présenté de la paralysie faciale périphérique. Une sœur aînée de la malade, âgée de neuf ans, est migraineuse. Une cousine germaine, âgée de cinq ans, est sujette à des vomissements acétonémiques avec accès d'acholie pigmentaire.

Notre petite malade élevée au sein a été atteinte d'entéro-colite muco-membraneuse aussitôt après le sevrage. La constipation, jadis opiniâtre, semble moins accentuée aujourd'hui, mais par contre plus souvent entrecoupée de poussées diarrhéiques extrêmement fétides, avec fièvre; l'haleine est mauvaise, les nuits sont agitées, la malade parle haut, se fâche, gronde sans cesse et grince des dents. Parfois elle est prise de terreurs nocturnes, souvent suivies le lendemain d'une débâcle diarrhéique.

Le caractère de l'enfant est insupportable, acariâtre; sans cesse fâchée, pleurant et criant sans raison, elle se met dans des colères pendant lesquelles elle se roule à terre et brise tout ce qu'elle saisit.

Régime et traitement de l'entéro-colite.

Progressivement, et après deux ans de soins, l'entéro-colite peut-être considérée comme guérie. Depuis plusieurs mois les garde-robes sont spontanées, régulières et sans glaires. Les nuits sont redevenues calmes; les terreurs nocturnes ont complètement disparu ainsi que les grincements de dents; mais encore, cependant à intervalles beaucoup plus éloignés, l'enfant parle haut la nuit.

Au sujet des vomissements prériodiques de l'enfance, nous nous contenterons de rappeler qu'ils ont été considérés successivement comme des manifestations de la diathèse arthritique, d'une auto-intoxication acide, de troubles gastro-intestinaux variés, de troubles hépatiques, enfin de troubles nerveux. Parmi les troubles gastro-intestinaux, on a plus particulièrement incriminé l'auto-intoxication consécutive à la constipation simple ou à la colite muco-membraneuse et l'appendicite avérée ou latente.

Ainsi que le font remarquer MM. Hutinel et Nobécourt (1), ces diverses théories pathogéniques « sont trop exclusives et ne s'adressent chacune qu'à un nombre restreint de cas ; aucune d'elles ne saurait être généralisée. ... Les vomissements dits acétonémiques constituent une manifestation morbide analogue à l'asthme et à la migraine. La réaction nerveuse qu'ils traduisent se produit exclusivement chez des sujets prédisposés par une hérédité particulière ; mais elle peut être éveillée par des causes occasionnelles multiples au nombre desquelles il faut placer, en première ligne, certains troubles de la fonction digestive. »

Nous avons tenu à rappeler cette interprétation éclectique dont se rapproche, par nombre de points, celle que nous donnerons des réactions d'origine colique les plus légitimes.

Il nous reste enfin quelques mots à dire des relations qui existent entre les états coliques, les pertes de connaissance symptomatiques de ces états et les crises épileptiques proprement dites.

Nous avons rapporté nombre d'observations de réactions d'origine colique avec lipothymie ou syncope. La connaissance de ces accidents, leur ressemblance avec certaines crises comitiales larvées avait vivement frappé M. H. Millon. Il s'était demandé si les pertes de connaissance qui se produisent assez fréquemment chez les collégiens ne reconnaîtraient pas quelquefois une origine purement intestinale. Dans le but d'élucider cette

(1) Hutinel et Nobécourt. *Les maladies des enfants*, t. III, p. 287.

question, il a entrepris une petite enquête dont les résultats ont été publiés tout récemment dans une étude que nous avons faite en collaboration avec lui (1). « Deux professeurs voulurent bien nous amener chacun deux élèves sujets à ces malaises. Ces jeunes gens étaient âgés de 12 à 14 ans. Un interrogatoire minutieux et un examen approfondi a montré que deux d'entre eux présentaient de la constipation chronique avec glaires et colite spasmodique assez peu douloureuse. Plusieurs fois dans l'année ils perdaient connaissance après avoir ressenti un léger malaise. Cette syncope durait quelques minutes et elle était suivie d'une débâcle pseudo-diarrhéique fétide. L'un de ces malades (Obs. XIII de notre thèse) a été traité pour ses accidents intestinaux : la constipation et les débâcles ont disparu, les crises syncopales ne se sont pas reprodnites.

« Le deuxième malade n'a pu être suivi.

« Le troisième avait une insuffisance mitrale d'origine rhumatismale, accompagnée de péricardite.

« Le quatrième était un épileptique, qui eut plus tard de grandes crises ».

On ne peut évidemment tirer aucune conclusion de faits aussi peu nombreux, mais l'enquête serait intéressante à poursuivre. Elle démontrerait sans doute la fréquence des réactions d'origine colique parmi les jeunes gens sujets à des pertes de connaissance. « On admet bien dans l'enfance, l'existence des convulsions provoquées par une gastro-entérite. Pourquoi refuser d'admettre que des

(1) H. Millon et L. Marre. Les pertes de connaissance dans les réactions d'origine colique. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, novembre 1910.

troubles intestinaux puissent, chez les adolescents, donner lieu à des réactions multiples, parmi lesquelles la syncope ? »

Du reste, les troubles intestinaux jouent un rôle très important dans l'apparition des crises épileptiques proprement dites, franches ou larvées. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, tous insistent sur la nécessité de soigner l'intestin des épileptiques, tous déclarent qu'on obtient ainsi une diminution notable du nombre des crises (1).

(1) Cf. en particulier : LAUMONIER. Traitement de l'épilepsie. *Soc. de Thérapeutique*, 26 octobre 1910.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

D'une façon générale, les accidents d'origine cólique sont beaucoup plus inquiétants que graves. Ils sont inquiétants à cause de la brusquerie apparente de leur début, à cause de l'intensité des phénomènes généraux observés, à cause surtout de l'angoisse qu'éprouvent si fréquemment les malades et dont ils communiquent la crainte à leur entourage.

C'est la première crise qui est la plus inquiétante, car le malade, sa famille, le médecin lui-même ne savent pas quelle évolution pourront présenter les accidents. Dans la suite, les malades ne manquent pas de comparer leurs crises les unes aux autres, et, s'ils éprouvent toujours des sensations aussi pénibles, du moins ils n'ont pas la même crainte d'une évolution fatale.

La brièveté des crises, la rapidité avec laquelle les malades se rétablissent, leur état de santé satisfaisant en temps ordinaire, tout concourt à faire porter un pronostic bénin. Et de fait, parmi les nombreuses observations que nous rapportons, il n'en est qu'une où l'on puisse relever des accidents mortels. Encore y a-t-il lieu de faire de grandes réserves sur la cause de ces accidents mortels. Presque toujours même, à la fatigue près, les malades se trouvent mieux après leur crise qu'avant.

Nous ne voulons pas affirmer cependant qu'une évolution fatale ne puisse se produire, à l'occasion d'une crise d'origine colique, chez des sujets présentant par exemple des lésions rénales, des lésions cardio-aortiques ou des lésions des artères cérébrales. Mais, dans ces conditions, la réaction colique ne saurait guère être considérée que comme un facteur occasionnel et fortuit achevant de rompre un équilibre depuis longtemps instable.

Si le pronostic immédiat d'une crise d'origine colique doit généralement être considéré comme bénin, il n'en va pas toujours de même du pronostic ultérieur. On ne doit pas oublier en effet qu'il s'agit de sujets à la fois « nerveux » et « intestinaux ». On conçoit dès lors facilement que des accès intenses, et surtout des accès répétés, puissent aggraver d'une part l'état intestinal, d'autre part et surtout l'état nerveux. Sauf lorsqu'il y a coexistence d'une colite rebelle, en particulier d'une colite avec hypersécrétion muqueuse, les troubles intestinaux s'améliorent et disparaissent assez rapidement : c'est ce qui arrive dans les crises typiques et isolées. L'amélioration et la guérison demandent beaucoup plus de temps lorsqu'il existe une colite constituée.

Quant aux troubles nerveux, ce sont ceux qui disparaissent le plus difficilement, même lorsque les malades consentent à suivre un traitement prolongé. Lorsque les malades n'ont pas la patience et la confiance nécessaires, leurs troubles s'éternisent véritablement et finissent par leur rendre impossible non seulement l'exercice d'une profession quelconque, mais même la vie de famille.

Ainsi, dans l'observation XIV, le malade n'ose pas re-

prendre ses voyages d'affaires. Il n'est débarrassé d'un état neurasthénique marqué que dix mois après la disparition des troubles intestinaux. Le malade de l'observation XXV fut assez rapidement débarrassé de crises vertigineuses extrêmement pénibles, mais, au bout d'un an, il conservait encore une certaine incertitude de la marche et un état de dépression neurasthénique extrêmement accentué.

Il faut donc savoir inspirer confiance aux malades, prendre sur eux une autorité suffisante et prolonger le traitement pendant tout le temps nécessaire.

CHAPITRE V

LES PRINCIPAUX POINTS DE REPÈRE POUR LE DIAGNOSTIC

Nous avons dit, en décrivant les formes typiques, isolées, que l'origine colique de ces accidents était démontrée par un certain nombre de points de repère, de critères, dont la nature et la valeur sont très différentes. Ces points de repère, il importe de les bien connaître et de les rechercher chaque fois avec le plus grand soin, car c'est grâce à eux que l'on peut établir un diagnostic exact et instituer un traitement efficace.

L'efficacité du traitement dirigé contre l'état colique constitue un élément de diagnostic rétrospectif de première importance : nous en réservons l'étude pour notre dernier chapitre. Aussi bien le diagnostic doit précéder le traitement. Nous allons donc résumer rapidement les caractères cliniques et coprologiques des deux points de repère principaux : en première ligne les débâcles pseudo-diarrhéiques et, d'une façon plus générale, les fausses diarhées, en seconde ligne le spasme de l'intestin. Nous ferons seulement remarquer une fois encore que l'importance diagnostique de la débâcle est bien plus considérable que celle du spasme : l'existence d'une débâcle constitue

une preuve, celle du spasme n'est qu'une présomption de l'origine colique des accidents.

§ 1. — Les fausses diarrhées et les débâcles pseudo-diarrhéiques.

Pour savoir exactement ce qu'on doit entendre par fausse-diarrhée, il est indispensable de connaître les caractères essentiels de la diarrhée vraie. Ce n'est pas là chose aussi facile qu'on serait tenté de le croire au premier abord : nombreux sont les malades qui s'y trompent et qui se plaignent à leur médecin d'une diarrhée tenace alors qu'ils sont en réalité des constipés. C'est une erreur qu'il faut éviter à tout prix.

Les caractères généraux de la diarrhée et des fausses diarrhées. — La diarrhée vraie est caractérisée essentiellement par une teneur excessive des matières fécales en eau : c'est l'eau qui donne aux matières leur aspect plus ou moins liquide. Encore faut-il, pour qu'il y ait véritablement diarrhée, que cette eau provienne, soit de l'alimentation (ce qui est rare et n'existe que dans la lientérie), soit de l'intestin grêle ou tout au moins des parties les plus élevées du gros intestin, ce qui est le cas le plus ordinaire. Si l'eau provenait de la portion terminale du gros intestin, les matières fécales pourraient se dessécher de façon normale ou même exagérée, avant de rencontrer cette eau et de se redélayer incomplètement à son contact. Il y aurait alors fausse diarrhée.

La vitesse du transit intestinal, et la fréquence des selles qui en dérive, constitue un second caractère de la

diarrhée, c'est celui qui attire le plus l'attention des malades et qui donne lieu au plus grand nombre d'erreurs. Bien des sujets ont en effet deux, trois, quatre selles par jour, qui sont en réalité des constipés, et cela parce que leurs matières présentent une consistance et une sécheresse exagérées. D'autres ont simplement de mauvaises habitudes de défécation : obsédés par le désir d'aller largement à la selle, ils évacuent en plusieurs fois des matières d'aspect normal et dont l'ensemble ne dépasse pas la quantité moyenne émise par un individu bien portant. Suivant l'expression de M. Boas (1), ils ont des « *évacuations fécales fragmentaires* ».

Par opposition avec la diarrhée vraie, M. A. Mathieu, dans une leçon encore inédite, définit les fausses diarrhées de la façon suivante : « Ce sont des évacuations fécales plus ou moins fréquentes et de type spécial : les matières, après avoir été concrétées comme dans la constipation, sont délayées secondairement par un liquide provenant des parties terminales du gros intestin et qui parfois constitue à lui seul toute la selle ; le transit intestinal est ralenti et l'évacuation retardée, toujours comme dans la constipation ».

Les types cliniques principaux de fausses diarrhées. — Parmi les aspects innombrables de la fausse diarrhée, on peut dégager avec M. Mathieu trois types principaux : les alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques, les fausses-diarrhées continues et les fausses-diarrhées dysentériformes. Ces dernières ayant été brève-

(1) Boas. *Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten*, 1899, p. 252.

ment décrites à propos des colites dysentériformes, nous ne nous occuperons que des deux autres.

Les débâcles pseudo-diarrhéiques, les plus importantes à connaître pour le diagnostic des réactions d'origine colique, peuvent être courtes ou prolongées. Les débâcles courtes surviennent habituellement chez des constipés simples sans colite qui, à intervalles plus ou moins éloignés et toujours nettement séparés les uns des autres, évacuent en une série de selles abondantes les matières accumulées dans leur intestin. Ces matières sont d'abord sèches et dures, mais elles deviennent rapidement molles et même liquides. L'évacuation ne se prolonge pas longtemps : en quelques heures, une journée au plus, tout est terminé.

Les débâcles prolongées succèdent souvent aux précédentes et durent beaucoup plus longtemps : aussi masquent-elles facilement les périodes intermédiaires de constipation. Elles surviennent chez des sujets atteints de colite chronique, débutent comme les débâcles courtes et se continuent ensuite sous forme d'évacuations diarrhéiques plus ou moins tenaces qui constituent la diarrhée stercorale de Nothnagel (1).

Les fausses-diarrhées continues ne s'observent guère au cours des crises d'origine colique vraiment typiques ; elles s'observent surtout dans les formes complexes et dans les formes frustes dont elles rendraient l'interprétation plus difficile encore si leur caractère de fausse-diarrhée était méconnu. Il s'agit de malades qui accusent des

(1) Nothnagel. *Die Erkrankungen des Darms*, 1898, p. 50.

malaises abdominaux plus ou moins accentués et qui ont tous les jours deux ou trois selles. Ces selles ne sont pas homogènes, mais sont constituées par deux portions très différentes, l'une liquide ou demi-liquide, l'autre solide, dure et sèche. Tantôt la première partie de la selle est moulée et la seconde en tas ou même liquide. Tantôt au contraire la première partie de la selle est liquide ou demi-liquide et la deuxième moulée. Tantôt enfin la première et la deuxième partie de la selle sont constituées chacune par des fragments durs, des scybales ou des débris de scybales, noyés dans un liquide plus ou moins abondant. Il n'est pas rare enfin d'observer dans les selles du mucus concrété en cordons blancs, en muco-membranes ou même en fragments tubulaires. Ce mucus ne peut se concréter que dans une portion du gros intestin où les matières sont anormalement sèches : il constitue donc à lui seul un nouveau et excellent signe de constipation réelle, de fausse-diarrhée.

Un interrogatoire méthodique des malades, un examen purement clinique très attentif des fèces permettent donc de distinguer la diarrhée vraie des fausses-diarrhées diverses consécutives à une période de constipation plus ou moins évidente. L'examen coprologique macroscopique et microscopique, tel qu'il est préconisé par MM. Ad. Schmidt et Strasburger après régime d'épreuve, donne d'autre part des renseignements qui peuvent être très utiles dans les cas douteux.

Examen coprologique des selles pseudo-diarrhéiques. — Après trituration dans l'eau, les fèces des constipés ne présentent que peu ou pas de détritus alimentaires visibles

à l'œil nu. Au microscope, ces débris ne paraissent guère plus abondants : on trouve de temps en temps de minces résidus de fibres musculaires, mais on ne trouve ni cellules de pommes de terre, ni amidon, ni graisses (1). La réaction est neutre ou alcaline, on décèle facilement la présence de l'hydrobilirubine. Les bactéries sont rares, ainsi que l'a bien démontré M. Strasburger par la méthode de la pesée des microbes (2).

Une selle pseudo-diarrhéique, c'est-à-dire une selle de constipé redélayée secondairement dans les parties inférieures du côlon, présente des caractères analogues. Elle en diffère seulement par les particularités suivantes : le liquide, très abondant, est riche en albumines facilement putrescibles (Schmidt, Ury) et dégage une odeur putride ; il est très riche en chlore (Ury 3) ; il renferme du mucus, des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, de nombrenx microbes ; en revanche, il est très pauvre en ferments solubles (Ury).

Il résulte enfin des recherches toutes récentes entreprises par M. R. Goiffon (4) dans le laboratoire de M. A. Mathieu, que les deux parties, dure et molle, d'une même selle, présentent toujours une certaine différence dans le degré de digestion des substances alimentaires. La partie dure est pauvre en éléments digestibles, comme toute selle de constipé. La partie molle contient généra-

(1) Ad. Sehmidt. *Examen fonctionnel de l'intestin par le régime d'épreuve*, etc. Traduction R. S. Kolbé, Paris 1909.

(2) Strasburger. *Zeitschr. f. klin. Med.* 46. 1902. S. 413 u. 48. 1903. S. 491.

(3) Ury. Zur Theorie der Bitterwasserwirkung. *Arch. f. Verdauungskrankheiten*. Bd. *15*.

(4) R. Goiffon. *Arch. des mal. de l'App. dig. et de la nutrition*, 1910.

lement une plus grande quantité de fibres musculaires, de la cellulose colorable par le réactif d'Amann (chlorure de zinc iodé), quelquefois de l'amidon et des levures iodophiles, quelquefois même des graisses neutres ou acides gras. Ces différences semblent bien prouver, contrairement à la théorie de Schmidt, que la surdigestion des substances alimentaires dans les fèces des constipés est due au long séjour de ces fèces dans l'intestin. Elles pourront peut être servir à reconnaître les diarrhées vraies des fausses diarrhées. A l'inverse des selles diarrhéiques, les selles des faux-diarrhéiques étant constituées par des matières qui ont séjourné longtemps dans l'intestin et qui ont été redélayées sacondairement, ne contiennent pas, ne devraient pas contenir de substances digestibles.

§ 2. — Le spasme colique.

Le spasme colique ne saurait à lui seul permettre d'affirmer l'origine colique des symptômes analogues à ceux que nous avons décrits. Il permet cependant de soupçonner cette origine et mérite à ce titre d'être rapidement esquissé ici.

Ainsi que le fait remarquer M. Mathieu, le gros intestin et en particulier le côlon descendant, est, de par sa musculature plus puissante, particulièrement prédisposé au spasme. Ce spasme se révèle par deux ordres de symptômes, les uns objectifs, les autres subjectifs. Les symptômes objectifs s'observent à la palpation du côlon qui donne la sensation d'une corde plus ou moins dure et plus

ou moins régulière. Cette « corde colique » est fréquente surtout au niveau du côlon descendant auquel la plupart des auteurs reconnaissent aujourd'hui les attributions d'un véritable sphincter allongé. La constatation d'une corde colique descendante ne suffit donc pas à affirmer le spasme du côlon.

L'existence d'un spasme est déjà beaucoup plus vraisemblable lorsque le côlon transverse et surtout le côlon ascendant donnent eux aussi à la palpation la sensation de corde. Elle est absolument certaine lorsqu'on observe des alternatives de contraction et de relâchement des côlons ascendant et transverse. Elle est certaine aussi lorsqu'on constate un cœcum dilaté et contractile qui donne bien l'impression de lutter contre le spasme des portions sous-jacentes du gros intestin.

Enfin, les phénomènes subjectifs, les douleurs spontanées ou provoquées par la palpation au niveau des divers segments du côlon, en particulier au niveau du côlon descendant, constituent encore des symptômes spasmodiques dont la valeur n'est pas négligeable.

CHAPITRE VI

PATHOGÉNIE

Trois facteurs principaux peuvent être invoqués pour expliquer la pathogénie des réactions d'origine colique. Ces réactions peuvent relever en effet de phénomènes vasculaires, de phénomènes nerveux ou de phénomènes d'intoxication.

Phénomènes vasculaires. — Ils ont été incriminés par Villemin (de Vichy) au sujet des accidents lipothymiques et syncopaux que l'on peut observer au cours des grandes débâcles pseudo-diarrhéiques consécutives à une constipation prolongée. Au moment de ces débâcles, il se produit une déplétion intestinale brusque qui entraînerait une vaso-dilatation considérable des vaisseaux abdominaux et, secondairement, une anémie cérébrale plus ou moins accentuée.

C'est là une hypothèse plausible, et qui renferme sans doute une part de vérité. Nous ne croyons pas cependant qu'elle suffise à expliquer la production des accidents d'origine colique, ni même qu'elle joue dans cette production un rôle très important. En effet, dans nombre des observations que nous rapportons, les accidents lipothymiques ou syncopaux surviennent soit avant toute débâcle, soit

après une débâcle peu accentuée. Ils ne surviennent jamais à la suite d'une série de selles diarrhéiques et, lorsqu'ils se répètent à quelques heures d'intervalles, les derniers accidents sont moins intenses que les premiers (obs. XVIII). Il est possible cependant que l'anémie cérébrale consécutive à la vaso-dilatation abdominale joue un certain rôle dans la genèse des lipothymies et des syncopes qui surviennent en même temps qu'une débâcle intense.

Phénomènes réflexes. — Depuis Potain et Teissier jusqu'à M. de Langenhagen, la plupart des auteurs ont attribué à des phénomènes réflexes les accidents variables qu'ils ont observés au cours de la colite muco-membraneuse. Potain fait remarquer que ces accidents réflexes se produisent d'autant plus facilement que les lésions sont plus superficielles. « Les entéropathes, dit M. de Langenhagen (1), sont tous ou presque tous des sujets présentant à la fois les attributs d'une tare arthritique marquée (héréditaire et personnelle) et d'un nervosisme exagéré : ce sont des congestifs, des impressionnables, des sensibles à l'excès. Leur sympathique abdominal est dans un état d'éréthisme, de vibration tout particulier, tel un diapason supra sensible, enregistrant les moindres excitations périphériques, les amplifiant et les transformant en réactions inhibitrices sur les différents organes qui dépendent de lui. »

Il est certain que la brusquerie avec laquelle apparaissent les accidents proprement dits, la rapidité de leur évo-

(1) M. DE LANGENHAGEN. Sur l'évolution de la pathogénie et du traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse. *Presse médicale*, 2 avril 1910, p. 240.

lution et de leur disparition, leur bénignité enfin, plaident en faveur d'une origine réflexe.

L'existence de ces réflexes d'origine intestinale, et plus particulièrement colique, est à rapprocher de celle des réflexes d'origine rénale, d'origine biliaire et surtout d'origine gastrique décrits par nombre d'auteurs. Le vertige stomacal, le vertigo a stomacho lœso de Trousseau, est bien connu. M. A. Mathieu le considère comme plus rare qu'on ne l'a dit, mais il admet son existence, comme il admet du reste celle du vertige d'origine intestinale. Il cite un malade de Leube, chez qui on provoquait des vertiges « en exerçant sur le creux de l'estomac une pression légère et en le faisant lever tout de suite après (1). »

Nous rapportons, dans le même ordre d'idées, l'observation suivante d'une malade de 50 ans chez qui on provoquait une quinte de toux en palpant le côlon sur un point quelconque de son trajet.

Obs. XXXVII (Inédite, F. Moutier)

Mme E..., 50 ans, est atteinte depuis de très nombreuses années d'une dyspepsie sensitivo-motrice avec crises d'aérophagie.

Toujours elle a été extrêmement constipée ; mais depuis sa ménopause, c'est-à-dire depuis deux ans environ, sa constipation a redoublé, puisqu'il lui faut parfois quatre et cinq lavements par jour pour obtenir une selle. Depuis cette époque elle a été prise de neurasthénie avec idées noires, elle se plaint en outre de crises de suffocation accompagnées de sensations vertigineuses et de bourdonnements d'oreille. Pour éviter des douleurs gastriques tardives, intenses, et qui reviennent surtout la nuit, la malade a considéra-

(1) A. Mathieu. Retentissement à distance de la viciation des fonctions stomacales. *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud, 2e éd., t. IV, p. 245.

blement réduit sa nourriture ; elle en est arrivé à ne plus prendre qu'un demi litre de lait et un verre de bouillon par jour et lorsqu'elle vient consulter le 19 septembre 1910 elle est dans un état véritable d'inanition.

Jamais elle n'a trouvé ni peaux ni glaires dans ses selles qui toujours affectent la forme de scybales.

Examinée, la malade présente une sensibilité particulièrement marquée des côlons qui sont extrêmement contracturés et en état de spasme. La palpation du gros intestin, outre la douleur qu'elle provoque, occasionne une quinte de toux qui dure quelques instants. Chaque fois que l'examen est renouvelé, la toux se reproduit. La palpation de l'abdomen en d'autres points que ceux correspondant au trajet du côlon reste sans effet et ne déclenche aucune crise de toux. La région du cœcum et du côlon ascendant est particulièrement douloureuse.

L'espace de Traube est tympanique, la sensibilité épigastrique très marquée.

Le foie est ptosé et déborde de deux travers de doigt le rebord costal.

Le rein droit est descendu et mobile.

La malade est mise au régime des pâtes et des purées ; on lui conseille l'usage de la belladone et de l'extrait d'avoine.

Les réflexes partis de l'intestin sont considérés également par M. Guilloire comme la cause des phénomènes angio-spasmodiques variés de l'entéro-colite muco-membraneuse à la description desquels il a consacré sa thèse.

La voie suivie par eux est difficile à préciser. On peut cependant admettre avec une certaine vraisemblance qu'elle varie suivant les cas, qu'elle peut réaliser un *court circuit* ou un *long circuit*, suivant que le système du sympathique abdominal est seul en jeu ou qu'il y a intervention de l'axe bulbo-médullaire. Quant au trajet suivi par

les excitations centripètes et par les incitations centrifuges, nous ne pourrions que répéter à ce sujet les hypothèses émises antrefois par Potain et par Teissier sur le rôle respectif du sympathique et du pneumogastrique, hypothèses qui nous paraissent insuffisamment démontrées.

L'importance pathogénique des phénomènes réflexes d'origine colique n'est donc pas douteuse, mais elle ne saurait suffire à tout expliquer. Ne fait pas de réflexes violents qui veut, même à la suite d'excitations intenses et de douleurs vives. Il est remarquable que les crises d'origine colique que nous avons essayé de décrire, soient des crises peu douloureuses, que les crises douloureuses aiguës observées au cours des affections rénales, biliaires ou gastriques s'accompagnent rarement de perte de connaissance. C'est que la mise en jeu de réflexes violents nécessite une prédisposition nerveuse spéciale qui se retrouve dans toutes nos observations, et que M. de Langenhagen avait très bien notée.

Phénomènes toxiques. — Les signes d'indigestion grave que l'on observe au cours de certaines crises font penser tout naturellement au rôle possible des phénomènes d'intoxication dont nous allons maintenant envisager la réalité et l'importance. Les intoxications d'origine intestinale ont été mises en lumière par les travaux de M. Bouchard et de ses élèves, par ceux de Senator. MM. Combe et Amann (de Lausanne) ont peut-être exagéré leur rôle ; ils ont en tout cas donné à leur sujet des précisions fort discutables et en ont tiré des conclusions thé-

rapeutiques qui sont loin d'être acceptées par tous.

Au point de vue plus particulier des crises d'origine colique, nous pensons qu'il y a lieu d'incriminer deux modes différents d'intoxication gastro-intestinale signalés depuis longtemps déjà par M. Bouchard (1) : d'une part, une intoxicàtion légère, lente et continne, d'autre part une intoxication massive, brusque et passagère. L'intoxication lente et continue se produit pendant les longues périodes de constipatiòn que l'on note d'ordinaire chez les malades que nous avons en vue. Elle est très légère car les matières fécales durcies laissent difficilement transsuder les substances toxiques qu'elles renferment ; elle ne paraît pas discutable cependant, elle semble bien sensibiliser le sujet. L'intoxication brusque et passagère se produit lorsque les matières fécales, durcies par un séjour prolongé dans le còlon, subissent un redélayage secondaire susceptible de solubiliser les substances toxiques et par conséquent de favoriser leur absorption massive. Cette liquéfaction précède immédiatement les débâcles pseudo-diarrhéiques et les troubles qui les accompagnent : il est donc possible qu'elle conditionne les troubles comme les débâcles. Et de fait, ces accidents ne surviennent pas lorsqu'on purge les malades à temps. Mais ce n'est là qu'une hypothèse insuffisamment démontrée et dont la vérification est loin d'être facile.

Du reste, toute la question des intoxications d'origine intestinale que, jusqu'à ces derniers temps, on pouvait considérer comme résolue, demande à être reprise sur

(1) Bouchard. *Leçon sur les auto-intoxications dans les maladies.* Paris, 1887.

des données nouvelles. MM. Combe (1) et Amann diagnostiquent et mesurent l'auto-intoxication intestinale par la présence et le dosage des sulfo-éthers urinaires qui auraient pour origine unique la putréfaction microbienne des substances azotées de l'intestin. Cette conception a été fortement combattue dans une série de publications récentes par MM. H. Labbé et G. Vitry (2) qui sont arrivés aux conclusions suivantes.

A l'état de santé, la quantité de sulfo-éthers urinaires est sensiblement proportionnelle à la quantité d'albumine ingérée ; elle est est à peu près indépendante de la qualité de cette albumine et de la quantité des substances hydrocarbonées ingérées.

Dans quelques états pathologiques, les variations de l'indican urinaire (le plus étudié des sulfo-éthers, le seul que l'on puisse tenter de doser à l'heure actuelle) ne sont pas plus grandes que les variations physiologiques relevant des seuls changements de régime.

La quantité globale des sulfo-éthers dosés dans une urine n'a pas de valeur en soi. Pour la considérer comme un indice de fermentations intestinales anormales, il faudrait la rapporter à la quantité d'albumine ingérée et assimilée, ou tout au moins à l'azote urinaire total.

Ce rapport entre les éliminations urinaires des sulfo-éthers et de l'azote ne présente pas de grandes variations

(1) Combe. Auto-intoxication intestinale. *Société médicale de la Suisse Romande*, 30 octobre 1902.

(1) H. Labbé et G. Vitry. *Société de Biologie*, 6 avril 1906, p. 686 ; 20 juillet 1907, p. 172.

H. Labbé, G. Vitry et Magrangeas. *Société de Biologie*, 22 février 1908, p. 331.

et ne saurait servir à apprécier l'intoxication digestive. Sa fixité est acceptée par MM. Combes et Amann qui la représente de la façon suivante :

$$\frac{\text{Sulfo-éthers} \times 100}{\text{Azote total urinaire}} = 1{,}5 \text{ (coefficient d'Amman).}$$

M. Magrangeas (1) adopte les conclusions de MM. Labbé et Vitry. Il étudie, en particulier, les variations de l'élimination urinaire des sulfo-éthers dans la constipation et dans la diarrhée. Ces éléments varient touours dans le même sens et dans les mêmes proportions que l'azote total urinaire. Mais, tandis qu'ils restent à peu près constants ou qu'ils augmentent légèrement dans la constipation, ils diminuent dans la diarrhée.

De son côté, M. L. Rivet (2) déclare qu' « on n'est pas en droit de faire du dosage des sulfo-éthers un index de l'intoxication digestive infantile. » Il faudrait, non pas affirmer, mais démontrer que la formation de ces composés (d'ailleurs peu toxiques) est constamment parallèle à celle des dérivés albuminoïdes toxiques (ptomaïnes, etc.).

La recherche clinique de l'indican, qui a été faite dans nombre de nos observations, ne comporte pas une rigueur suffisante pour qu'on en puisse tirer une conclusion quelconque. Nous ferons remarquer seulement que les résultats de cette recherche ont été extrêmement variables, ce qui concorde très bien avec l'opinion soutenue d'une part par MM. Labbé, Vitry et Magrangeas, d'autre part, par M. Rivet.

(1) A. Magrangeas. *Contribution à l'étude des sulfo-éthers urinaires (état normal et état pathologique)*. Thèse de Paris, 1908.

(2) L. Rivet. *Recherches cliniques, bactériologiques et urologiques sur l'évolution des gastro-entérites infantiles (influence des divers regimes)*. Thèse de Paris, G. Steinheil, 1907.

Nous citerons, en terminant, l'opinion de M. H. Marcou (1) qui, tirant argument des expériences de M. Maurel (de Toulouse) et de ses observations cliniques personnelles, envisage la crise d'entéro-colite comme une décharge toxique des neuro-arthritiques. « Celle-ci arrive indirectement après une suite prolongée de suralimentation. Les malades savent bien que ce n'est pas après deux, trois repas chargés, qu'ils arrivent à la crise, mais que c'est quelque temps après, au moment où ils sont « très sages» que la débâcle arrive. L'intestin alors n'élimine pas le trop plein mal digéré ou les produits inflammatoires, mais les poisons accumulés dans le sang à dose suffisante pour forcer l'intestin. »

Conclusion. — De la revue critique que nous avons essayé de faire des divers facteurs pathogéniques susceptibles d'expliquer les réactions d'origine colique, nous croyons pouvoir conclure, avec M. A. Mathieu, qu'aucun de ces facteurs ne doit être retenu à l'exclusion des autres. Les phénomènes vasculaires jouent un rôle très minime, mais les phénomènes nerveux réflexes, et les phénomènes d'intoxication nous paraissent étroitement associés.

Les crises ne surviennent que chez des sujets présentant une prédisposition nerveuse générale, héréditaire ou acquise. Ces sujets sont sensibilisés, en outre, par le fait d'une intoxication lente, résultant d'un état habituel de constipation et plus encore, souvent, par des alternations en série de périodes de constipation et de débâcle. Ils sont dès lors en imminence de crise, et celle-ci pourra

(1) H. Marcou. *Presse médicale*, 6 août 1910, p. 601.

être déclenchée par une cause variable ou même par un ensemble de causes occasionnelles : réflexe violent, dû à une excitation colique quelconque, intoxication massive due à la liquéfaction brusque de matières fécales accumulées depuis plus ou moins longtemps.

On ne peut s'empêcher de rapprocher une pathogénie aussi large, aussi éclectique de celle qui a été invoquée par M. A. Mathieu, pour expliquer les crises de migraine vraie ou fausse, et les crises de tétanie. La production des crises de migraine (1) paraît soumise, en effet, aux trois conditions suivantes : la prédisposition congénitale ou acquise, la mise en tension migraineuse résultant, par exemple, de la fatigue intellectuelle ou visuelle, le déclenchement des accès sous l'influence de causes occasionnelles variables.

De même, les crises de tétanie (2) surviennent chez des sujets dont le système nerveux est préparé par une lente intoxication préalable; elles sont déclenchées par des excitations périphériques, gastriques ou intestinales, qui interviennent à titre de cause occasionnelle.

(1) A. Mathieu. Etude sur les migraines tardivement aggravées et sur les migraines d'apparition tardive. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, déc. 1907.

(2) Gaston Durand. Contribution à l'étude de la tétanie d'origine gastrique et intestinale. *Ibid.*, août 1908.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement doit être envisagé successivement en pleine crise, à la fin des crises, dans l'intervalle des crises.

En pleine crise. — Le traitement ne saurait être que symptomatique : repos au lit, glace ou compresses chaudes sur le ventre lorsqu'il existe des coliques; diète absolue, diète hydrique ou alimentation très légère suivant la tolérance du tube digestif; injections d'huile camphrée, d'éther, de caféine au cas de lipothymie ou de syncope; inhalations de nitrite d'amyle au cas de phénomènes angiospasmodique marqués.

A la fin des crises.— Le traitement doit être déjà rationel. Lorsque la nature des accidents est connue, deux indications se posent, l'évacuation prudente de l'intestin et la réalimentation progressive.

La réalimentation se fera d'après les règles ordinaires sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici.

L'évacuation de l'intestin pourra être assuré par un lavement de 500 grammes, non irritant et donné sous très faible pression (0^m30 en moyenne). Elle sera souvent assurée avec avantage par de l'huile de ricin à petite dose que M. Mathieu a l'habitude d'employer de la façon suivante.

Au moment jugé opportun, il prescrit le matin une cuillerée à café d'huile de ricin qui suffit souvent à obtenir le résultat voulu et qui ne provoque jamais d'accidents. Si l'effet attendu ne se produit pas, le malade prend le lendemain deux cuillerées à café d'huile de ricin à une heure d'intervalle; il en prend au besoin trois le surlendemain. De cette façon on obtient en un, deux ou trois jours, et sans irritation aucune, l'évacuation de l'intestin.

Dans l intervalle des crises. — Le traitement doit être rigoureusement pathogénique et poursuivi pendant un temps suffisamment long. Il faudra combattre la prédisposition nerveuse préalable, l'intoxication lente et la constipation.

La *prédisposition nerveuse* sera efficacement modifiée par une bonne hygiène générale : vie au grand air et bien réglée, hydrothérapie chaude, repos physique, intellectuel et moral.

Contre *l'intoxication lente* il y aura lieu de prescrire un régime alimentaire convenable pendant un temps suffisamment long. Ce régime variera naturellement suivant les sujets et suivant les moments. Tantôt ce sera un régime végétarien pur avec suppression absolue des substances albuminoïdes d'origine animale. Tantôt ce sera un régime moins sévère, lacto-végétarien ou ovo-lacto-végétarien. Tantôt enfin le régime comprendra en outre une petite quantité de viande grillée ou rôtie. Toujours il faudra proscrire les mets faisandés ou fortement épicés.

M. Combe conseille en outre : 1° de diminuer la virulence des microbes protéolytiques du côlon en adminis-

trant à intervalles réguliers des antiseptiques intestinaux; 2° d'évacuer les produits de putréfaction de ces microbes par des lavages intestinaux faits avec des solutions salées ou antiseptiques; 3° de favoriser l'évacuation, par les émonctoires naturels, des produits de putréfaction qui ont déjà pénétré dans le sang. — Ces indications thérapeutiques découlent logiquement du rôle prépondérant accordé par M. Combe aux phénomènes d'intoxication. Mais il faut tenir compte aussi des phénomènes nerveux et se garder d'irriter l'intestin sous peine de voir apparaître les accidents que l'on veut précisément supprimer.

Aussi nous semble-t-il à la fois plus prudent et plus efficace de chercher à modifier la flore intestinale en même temps que le milieu dans lequel elle se développe. Dans ce but les malades seront laissés pendant quelques jours au régime végétarien pur, particulièrement riche en hydrocarbonés. Ainsi se constituera un milieu de culture favorable au développement des ferments lactiques que l'on prescrira sous l'une des nombreuses formes actuellement en usage. Il faudra seulement d'une part faire prendre ces ferments le matin à jeûn, afin qu'ils passent rapidement dans l'intestin sans séjourner dans l'estomac, d'autre part en continuer l'usage pendant un temps suffisamment long.

La *constipation* devra être combattue, elle aussi, par les moyens les plus simples et les moins irritants sous peine d'aller directement à l'encontre du but que l'on se propose, de provoquer des crises nouvelles et même de transformer un simple état de constipation, relativement facile à modifier, en une colite muqueuse ou muco-membraneuse infiniment plus rebelle.

Ici encore, le régime alimentaire tiendra la première place : régime surtout végétarien, riche en éléments cellulosiques et qui est en même temps un régime de désintoxication. On lui adjoindra avec avantage une certaine quantité de beurre (50 à 100 grammes), à prendre frais, non cuisiné. Ce beurre, outre qu'il augmente la valeur de la ration alimentaire, semble faciliter l'évacuation des matières.

Le régime suffira bien souvent à régulariser les selles et à amener la disparition des crises d'origine colique. Il ne suffira pas toujours. Alors, il faudra faire appel à d'autres moyens : moyens physiques, laxatifs mucilagineux, laxatifs médicamenteux proprement dits.

Le massage, l'électrisation rendront dans certains cas de grands services, mais ils ne peuvent pas être utilisés partout. Les laxatifs mucilagineux sont d'un emploi plus commode. La graine de lin mondée, prise à la dose de deux ou trois cuillerées à soupe par jour, augmente le volume des matières fécales sans irriter l'intestin et favorise ainsi leur évacuation. On peut en continuer l'usage indéfiniment pour ainsi dire à la seule condition de surveiller son évacuation régulière. L'agar-agar, préconisé par M. A. Schmidt, semble agir à la façon de la graine de lin, mais il est souvent nécessaire de lui adjoindre des substances plus actives (teinture de belladone, teinture de rhamnus, teinture de cascara, etc.), auxquelles il sert de véhicule et qu'il abandonne peu à peu au cours de sa traversée intestinale. D'autres mucilages peuvent également être utilisés et certains d'entre eux semblent donner de meilleurs résultats que l'agar-agar.

Quant aux laxatifs médicamenteux, ils ne devront jamais être employés qu'avec la plus grande prudence et leurs effets seront particulièrement surveillés. Ce n'est pas à dire qu'il faille renoncer à leur emploi : l'huile de ricin, le sulfate de soude à doses petites et variables réussissent souvent là où tous les autres moyens ont échoué. Au cas de spasme intestinal accentué, la teinture de belladone pourra donner d'excellents résultats. M. A. Mathieu a l'habitude de la prescrire de façon prolongée à doses alternativement croissantes et décroissantes.

Les lavements eux-mêmes (lavements d'eau isotonique et lavements d'huile) pourront être utilisés dans certains cas ; mais, suivant la recommandation de M. Mathieu, il faudra veiller de très près à ce qu'on n'abuse ni de la fréquence, ni du volume, ni de la pression.

A la condition de prendre toutes les précautions ci-dessus énumérées, le traitement, tel que nous l'avons exposé, amènera plus ou moins rapidement la disparition des crises d'origine colique pures et isolées. Son efficacité confirmera du même coup l'hypothèse émise sur la nature des accidents. Dans les formes complexes, survenant au cours d'un état colitique permanent ou accompagnées d'un état nerveux plus ou moins accentué, les résultats du traitement seront à la fois moins rapides et moins apparents. Il ne faudra pas se contenter du reste de traiter les seules crises, il faudra traiter aussi la colite et l'état nerveux. Mais cette question ne saurait entrer dans le sujet que nous nous étions proposé.

CONCLUSIONS

1° On observe fréquemment, chez des sujets dont l'intestin et le système nerveux sont particulièrement irritables, des réactions variables à point de départ colique et susceptibles de se reproduire à intervalles très irréguliers.

Ces réactions peuvent être isolées, ou bien survenir au cours d'un syndrome colitique permanent.

a) Les réactions isolées, assez rares mais typiques, revêtent tantôt la forme de l'indigestion simple, tantôt celle de l'indigestion grave avec perte de connaissance ou syncope, tantôt enfin celle de vomissements paroxystiques. Il existe de ces crises typiques des variantes, des équivalents cliniques extrêmement nombreux qui se traduisent par des accès migrainoïdes, des angoisses nocturnes, des symptômes d'angor pectoris, des douleurs gastriques, etc.

b) Les réactions complexes survenant au cours d'un état colitique permanent sont de beaucoup les plus fréquentes. Elles peuvent revêtir une quelconque des formes précédentes ; elles se présentent quelquefois, en outre, sous l'aspect de crises pseudo-appendiculaires.

c) Il existe sans doute enfin des crises frustes dont

l'origine colique, totale ou partielle, est probable, mais insuffisamment démontrée. Ces crises frustes peuvent survenir au cours des états les plus divers.

2° Le pronostic des réactions d'origine colique est généralement bénin en ce qui concerne les crises elles-mêmes. Mais les crises surviennent le plus souvent au cours d'états colitiques plus ou moins rebelles et dont le pronostic est souvent aggravé de ce fait. Elles tendent en outre, lorsqu'elles se répètent, à créer ou à entretenir un état accentué de dépression nerveuse qui résiste souvent très longtemps aux traitements les mieux dirigés.

3° L'origine colique des crises est démontrée par les points de repère suivants :

a) Existence constante d'une période de constipation préalable plus ou moins facile à mettre en évidence ;

b) Concomitance, constante également, d'une ou plusieurs débâcles pseudo-diarrhéiques qui marquent tantôt le début et tantôt la fin de la crise ;

c) Accessoirement, état spasmodique plus ou moins accentué du gros intestin ;

d) Efficacité rapide d'un traitement approprié à l'état intestinal.

4° Les réactions d'origine colique ne peuvent ressortir à aucune théorie pathogénique exclusive. Il faut faire intervenir pour les expliquer une série de facteurs parmi lesquels les plus importants sont la prédisposition nerveuse générale, l'intoxication lente consécutive à la constipation, l'intoxication massive et brusque susceptible de se produire au début d'une débâcle.

5° Le traitement doit varier suivant que la malade est en pleine crise, à la fin d'une crise, ou dans l'intervalle de deux crises.

En pleine crise, traitement purement symptomatique.

A la fin d'une crise, évacuation prudente de l'intestin et réalimentation progressive.

Dans l'intervalle des crises, traitement pathogénique dirigé contre les principaux facteurs ci-dessus énumérés.

VU :
Le Doyen,
LANDOUZY

VU :
Le Président de la thèse,
CHAUFFARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 9
CHAPITRE PREMIER. — **Définition** 11
CHAPITRE II. — **Historique** 14
CHAPITRE III. — **Formes cliniques et diagnostic** 20
§ 1. — *Crises typiques avec phénomènes d'indigestion gastro-intestinale* 21
A. — Crises à forme d'indigestion simple 21
B. — Crises à forme d'indigestion grave avec perte de connaissance et syncope,..... 38
§ 2. — *Variantes et équivalents cliniques*..... 56
A. — Crises d'allure migrainoïde..... 57
B. — Crises d'angoisse nocturne 58
C. — Crises se traduisant par des douleurs gastriques et des signes d'angor pectoris 60
D — Crises simulant l'ulcus gastrique..... 62
E. — Lipothymies et syncopes postgastrorragiques.... 65
F. — Crises isolées compliquées ultérieurement d'un état névropathique permanent..... 66
§ 3. — *Crises complexes au cours d'un état colitique permanent* 68
A. — Les syndromes colitiques..... 70
B. — Crises paroxystiques avec état intermédiaire de colite..... 77
C. — Crises paroxystiques avec état intermédiaire de colite et de neurasthénie..... 83
D. — Les crises pseudo-appendiculaires..... 87
§ 4. — *Crises frustes dont l'origine colite, totale ou partielle, est probable mais insuffisamment démontrée.* 96
CHAPITRE IV. — **Pronostic** 103
CHAPITRE V. — **Les principaux points de repère pour le diagnostic** 106
§ 1. — *Les fausses diarrhées et les débâcles pseudo-diarrhéiques* 107

§ 2. — *Le spasme colique*..... 112
CHAPITRE VI. — **Pathogénie**..... 114
Phénomènes vasculaires..... 114
Phénomènes réflexes..... 115
Phénomènes toxiques..... 118
Conclusion..... 122
CHAPITRE VII. — **Traitement**..... 124
En pleine crise..... 124
A la fin des crises..... 124
Dans l'intervalle des crises..... 125
CONCLUSIONS..... 129

LE MANS. — IMPRIMERIE MONNOYER